



Políticas de Saúde e Blocos Econômicos*†

Andre Medici

Doutor em História Econômica pela Universidade de São Paulo, Mestre em Economia pela UNICAMP e Especialista Sênior em Desenvolvimento Social do Banco Interamericano de Desenvolvimento em Washington, EUA
amedici@worldbank.org

Bernardo Weaver

Advogado graduado pela PUC do Rio de Janeiro e Mestre em Direito de Seguros pela faculdade de direito da Universidade de Connecticut, nos EUA. Já foi consultor do grupo principal de seguros da matriz do Banco Mundial e atualmente é consultor do Banco Interamericano de Desenvolvimento, em Washington, EUA
bernardow@contractual.iadb.org

Resumo

O objetivo deste artigo é discutir como se comportam os mercados de bens e serviços de saúde no processo de integração regional e formação de blocos econômicos. Neste texto serão discutidos os seguintes assuntos:

A natureza econômica da produção em saúde e sua dimensão global, com ênfase em seu papel na geração de bens públicos e bens privados;

Os aspectos da integração econômica em saúde enquanto produção pública, com ênfase nos aspectos de equidade que podem acelerar ou retardar o processo de integração associado a esses bens, e o conceito de reciprocidade como meio de reconhecimento de direitos sociais comuns a cidadãos que se inserem num mesmo bloco econômico;

Os aspectos da integração econômica em saúde associados aos mercados privados. Embora esta discussão envolva temas comerciais complexos como o de insumos básicos de saúde, medicamentos, equipamentos e patentes associadas ao uso de tecnologias, vamos concentrar nossa discussão dos serviços públicos de saúde no âmbito da integração regional. Nesse sentido, o conceito de portabilidade, muito importante na legislação americana de seguro-saúde (HIPAACT) será extrapolado para o cenário internacional;

O processo de integração em saúde em três contextos internacionais distintos: os casos da CE, do NAFTA e do Mercosul.

* Este artigo tem como base a apresentação feita no Seminário. "A Regulação das Relações entre o Público e o Privado nos Sistemas de Saúde das Américas", organizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro, 1 e 2 de dezembro de 2003.

† Artigo recebido em 12/5/2008. Aprovado em 27/5/2008.



Palavras-Chave

saúde; políticas de saúde; blocos econômicos; serviços públicos de saúde; integração comercial; seguros de saúde; União Européia; NAFTA; Mercosul.

Sumário

1. Introdução. 2. A natureza econômica e a dimensão global da saúde. 2.1. O caráter distintivo dos bens e serviços de saúde. 2.2. A complexidade da produção em saúde. 2.3. Saúde como condição prévia para a integração comercial. 3. O papel do Estado na saúde e o processo de integração comercial. 3.1. Fatores que levam à regionalização do financiamento público da saúde. 3.2. O conceito de bem público regional e sua aplicação no setor de saúde. 3.3. A questão da reciprocidade da atenção à saúde entre países. 3.4. Outros fatores que requerem a presença do Estado na regulação dos mercados internacionais de saúde. 4. Mercados privados, saúde e integração regional. 4.1. Integração regional, regulação e auto-regulação dos serviços de saúde. 4.2. A questão da portabilidade dos seguros de saúde. 5. Os casos da União Européia, NAFTA e Mercosul. 5.1. O caso da União Européia. 5.2. A reciprocidade do NAFTA. 5.3. Perspectivas para o Mercosul. 5.4. Benefícios e riscos da integração econômica. 6. Referências bibliográficas.

Abstract

Health policies and economic blocks*

Andre Medici

Doctor in Economical History at *Universidade de São Paulo* (University of São Paulo), Master's degree in Economy at UNICAMP and Senior Specialist in Social Development at the Inter-American Development Bank in Washington, USA
amedici@worldbank.org

Bernardo Weaver

Graduated as a lawyer at PUC in Rio de Janeiro, and obtained a Master's degree in Legal Insurance at the Law School in the University of Connecticut, USA. He was a consultant for the main insurance group at the World Bank Headquarters, and is presently a consultant for the Inter-American Development Bank, in Washington, USA
bernardow@contractual.iadb.org

Summary

The purpose of this article is to discuss how the markets of goods and health services behave in the process of regional integration and in the formation of economic blocks. This text will discuss the following subjects:

* This article is based on the lecture which was given during the Seminar "*A Regulação das Relações entre o Público e o Privado nos Sistemas de Saúde das Américas*" (The Regulation of the relation between the Public and Private sectors in the Health Systems of the Americas", organized by the *Agência Nacional de Saúde Suplementar* (National Agency of Supplementary Health), held in Rio de Janeiro (RJ), December 1st and 2nd, 2003.



Andre Medici e Bernardo Weaver

The economical nature of the production in health and its global dimension, emphasizing its role in the generation of public and private goods;

The aspects of economical integration in health as public production, emphasizing the equity aspects that may accelerate or delay the integration process related to these goods, and the reciprocity concept as a way to acknowledge the social common rights to citizens that belong to the same economic block;

The aspects of health economical integration related to private markets. Although this discussion involves complex commercial issues, such as health basic inputs, medicine, equipment and patents related to the use of technologies, the discussion will focus on public health services in the realm of regional integration. In this sense, the portability concept, very important in the American legislation of health insurance (HIPAA ACT), shall be extrapolated to include the international scenario;

The health integration process in three different international contexts: the cases of EC, of NAFTA and of Mercosul.

Key Words

health; health policies; economic blocks; public health services; commercial integration; health insurances; European Union; NAFTA; Mercosul.

Contents

1. Introduction. 2. The economic nature and the global health dimension. 2.1. The distinctive characteristic of health goods and services. 2.2. The complexity of the production in health. 2.3. Health as a prior condition for commercial integration. 3. The role of the State in health and the commercial integration process 3.1. Factors that lead to the regionalization of the public health financing. 3.2. The concept of regional public goods and its application in the health segment. 3.3. The reciprocity issue about the concern over health among countries. 3.4. Other factors that require the presence of the State in the regulation of health international markets. 4. Private markets, health and regional integration. 4.1. Regional integration and self-regulation of health services. 4.2. The portability issue about health insurances. 5. The cases of European Union, of NAFTA and of Mercosul. 5.1. The European Union case. 5.2. The reciprocity of NAFTA. 5.3. Perspectives for the Mercosul. 5.4. Benefits and risks of the economical integration. 6. Bibliographic references.

Sinopsis

Políticas de salud y bloques económicos*

Andre Medici

Doctor en Historia Económica por la Universidad de São Paulo, Master en Economía por la UNICAMP y Especialista Senior en Desarrollo Social del Banco Interamericano de Desarrollo en Washington, EUU amedici@worldbank.org

* Este artículo ha tenido como base la presentación realizada en el Seminario "A Regulación das Relações entre o Público e o Privado nos Sistemas de Saúde das Américas" ("La Regulación de las Relaciones entre el Público y el Privado en los Sistema de Salud de las Américas"), organizado por la Agencia Nacional de Salud Suplementaria, Río de Janeiro (RJ), 1 y 2 de Diciembre de 2003.



Bernardo Weaver

Abogado graduado por la PUC de Río de Janeiro y Master en derecho de seguros por la facultad de derecho de la Universidad de Connecticut, en los EEUU. Ya fue consultor del grupo principal de seguros de la casa matriz del Banco Mundial y actualmente es consultor del Banco Interamericano de Desarrollo, en Washington, EEUU

bernardow@contractual.iadb.org

Resumen

El objetivo de este artículo es discutir como se comportan los mercados de bienes y servicios de salud en el proceso de integración y formación de bloques económicos. En este texto serán discutidos los siguientes asuntos:

La naturaleza económica de la producción en salud y su dimensión global con énfasis en su papel en la generación de bienes públicos y bienes privados;

Los aspectos de la integración económica en salud mientras producción pública, con enfoque en los aspectos de equidad que pueden acelerar o retardar el proceso de integración asociado a estos bienes, y el concepto de reciprocidad mientras medio de reconocimiento de derechos sociales comunes a ciudadanos que se incluyen en un mismo bloque económico;

Los aspectos de la integración económica en salud asociados a los mercados privados. Aunque esta discusión involucra temas comerciales complejos como el de insumos básicos de salud, medicamentos, equipos y patentes asociados al uso de tecnologías, concentraremos nuestra discusión acerca de los servicios públicos de salud en el ámbito de la integración regional. En ese sentido, el concepto de portabilidad, muy importante en la legislación americana de seguro salud (HIPAACT) será extrapolado para el escenario internacional;

El proceso de integración en salud en tres contextos internacionales distintos: los casos de la CE, del NAFTA y del MERCOSUR.

Palabras-Clave

salud; políticas de salud; bloques económicos; servicios públicos de salud; integración comercial; seguros de salud; Unión Europea; NAFTA; MERCOSUR.

Sumario

1. Introducción. 2. A naturaleza económica y la dimensión global de la salud. 2.1. El carácter distintivo de los bienes y servicios de salud. 2.2. La complejidad de la producción en salud. 2.3. Salud como condición previa para la integración comercial. 3. El papel del Estado en la salud y el proceso de integración comercial. 3.1. Factores que llevan a la regionalización del financiamiento público de la salud. 3.2. El concepto de bien público regional y su aplicación en el sector de salud. 3.3. La cuestión de la reciprocidad de la atención a la salud entre países. 3.4. Otros factores que requieren la presencia del Estado en la regulación de los mercados internacionales de salud. 4. Mercados privados, salud e integración regional. 4.1. Integración regional, regulación y auto-regulación de los servicios de salud. 4.2. La cuestión de la portabilidad de los seguros de salud. 5. Los casos de la Unión Europea, NAFTA y MERCOSUR. 5.1. El caso de la Unión Europea. 5.2. La reciprocidad del NAFTA. 5.3. Perspectivas para el MERCOSUR. 5.4. Beneficios y riesgos de la integración económica. 6. Referencias bibliográficas.



1. Introdução

A integração entre países ou regiões é um processo social natural. A partir do renascimento, em vários momentos da história mundial, processos naturais de integração de mercados caracterizaram-se por uma convergência progressiva de parâmetros econômicos e sociais. Ou seja: através do comércio países aumentaram seu grau de interdependência (DEVLIN; CASTRO, 2002). A maioria dos processos de integração ou globalização tende a reverter-se com o tempo, por crises econômicas ou pela natural redefinição de parcerias comerciais. Esta reversão, todavia, não leva a situações menos integradas do que as vigentes antes do processo integratório. Assim, entre idas e vindas, existe uma tendência inexorável à integração de países.

É certo que a globalização, assim como a integração de mercados mundiais, pode levar ao aumento das desigualdades sociais, na medida em que traz benefícios mais rápidos para os países que se integram de forma mais competitiva nos mercados globais do que para os países que ainda estão se tornando competitivos¹. No entanto, ela pode, também, através da negociação, regulação e aplicação de regras consensuadas, reduzir as disparidades sociais dentro de países, blocos e até do mundo inteiro.

A década de noventa é reconhecida pela aceleração do processo de globalização. Pergunta-se, então, que efeitos esta aceleração da integração trouxe para o desenvolvimento sócio-econômico do mundo. Considerando-se as transformações ocorridas nos indicadores sociais, entre 1990 e 1999 (segundo o informe do PNUD de 2002), a população em situação de pobreza absoluta reduziu de 29% para 23%; a taxa de mortalidade infantil caiu de 96 para 56 por 1000 nascidos vivos; a taxa de matrícula de crianças em idade escolar aumentou de 80% para 84% e, por fim, 140 dos cerca de 220 países do mundo escolhem seus representantes através do sufrágio universal em democracias representativas de suas populações.

Um dos efeitos associados a todo processo de globalização é a progressiva padronização do consumo em escala mundial. A criação de padrões de consumo e estilos de vida progressivamente similares leva os países a aumentar sua produção para o mercado externo com base em vantagens comparativas. Ao mesmo tempo estes países substituem progressivamente sua produção doméstica por bens importados.

A integração pode avançar também a partir de processos politicamente dirigidos por cooperações econômicas regionais. Países territorialmente contíguos podem desenvolver mercados regionais ou blocos econômicos, a fim de evitar que a falta de coordenação da globalização desestruture as bases econômicas internas das nações. Mercados regionais devem ser acordados e regulados para promover benefícios recíprocos a seus membros em áreas como segurança militar, proteção ambiental, controle sanitário e epidemiológico, dentre outras. Desta forma, países com contigüidade territorial podem estabelecer um certo regionalismo baseado em políticas e propósitos comuns.

¹ Inúmeros conceitos econômicos, tais como ganhos de inovação, ganhos de difusão ou ganhos de fundação corroboraram, ao longo da história do pensamento econômico, com esta idéia.



Desde o fim da segunda guerra sucederam-se duas formas de regionalismo. O primeiro tipo de regionalismo predominou entre os anos cinquenta e setenta. Esse tinha como principais traços o dirigismo estatal e o relacionamento comercial subordinado a processos de substituição de importações. O segundo tipo de regionalismo apareceu nos anos noventa. Apresenta como principais características a abertura comercial baseada em mercados privados e o desenvolvimento político de sociedades abertas e democráticas. Esse último modelo não relegou ao Estado um papel irrelevante nos processos de integração. Ao contrário, o Estado passou a ser o condutor da abertura comercial num contexto de maior cooperação regional para a modernização institucional e crescimento econômico e social.

Dentro deste contexto, áreas internacionais de livre comércio têm sido criadas. Essas evoluem para áreas de integração econômica ou mercados regionais. A Comunidade Européia (CE), o Acordo de Livre Comércio da América do Norte (NAFTA) e o Mercado Comum do Sul (Mercosul) são alguns exemplos de blocos econômicos criados na segunda metade do século XX com estes objetivos.

O processo de integração comercial avança assincronicamente em relação a bens e serviços no mercado internacional. Ou seja: é mais rápido entre os bens e serviços tradicionais (bens primários, *commodities*, bens duráveis e não duráveis de consumo e serviços como transporte e turismo, etc.) ou associados a novos processos tecnológicos que aumentam a produtividade (como é o caso da informática). Por outro lado, é mais lento em bens e serviços sociais, como educação e saúde, sendo que o primeiro avança mais rápido do que o último². Esse relativo atraso da integração dos bens e serviços de caráter social ao processo de globalização é associado à natureza especial destes em relação àqueles (*commodities* e serviços de informática).

Apesar de todos os problemas, os processos de integração econômica parecem estar associados à melhoria das condições de saúde. Um estudo realizado em 17 países, com base em seus indicadores de 1977 e 1997 demonstrou que, entre aqueles onde aumentou a integração comercial³ a expectativa de vida aumentou em média 7,5 anos e a mortalidade infantil reduziu em 45%. Entre aqueles em que a integração comercial não se expandiu ou se reduziu⁴, a expectativa de vida aumentou menos (4,5 anos) e a mortalidade infantil reduziu em 39%.

A análise deste artigo reconhece estes progressos incidentais que a integração econômica trouxe à saúde dos habitantes dos países mais integrados. A pergunta que este artigo apresenta é: por que não fazer uma integração frontal da questão da saúde, e melhorar ainda mais as possibilidades sociais da integração em saúde? A análise do custo-benefício da integração de saúde para países de um bloco econômico, colocando-se inclusive um preço identificável no benefício econômico que os países integrados passam a colher, é, em última

² Ver sobre este ponto Castro & Musgrove (2000).

³ Bangladesh, China, Malásia, Mali, México, Nepal, Paraguai e Turquia.

⁴ Benin, Bolívia, República Centro-Africana, Chipre, El Salvador, Haiti, Libéria, Malawi, Níger, Peru e África do Sul.



análise, uma questão fundamental do futuro da integração de trabalhadores dentro de mercados comuns. Se, de outra monta, é admitido calcular o custo da falta de integração de sistemas de saúde, podem-se criar argumentos para pressionar legisladores em diversos países de um mercado comum para que se acelere este processo. Por outro lado, e, finalmente, se for avaliado, após cuidadosa análise, que a integração de saúde não é necessária, viável ou lucrativa, mesmo em longo prazo, deve-se repensar a sua implementação. Este assunto é matéria para outro artigo.

2. A natureza econômica e a dimensão global da saúde

A discussão relacionada à natureza econômica da saúde e sua dimensão global envolve pelo menos três temas relevantes. O primeiro se refere ao caráter distintivo dos bens e serviços de saúde, ou ainda: de quais tipos de bens e serviços estamos falando? O segundo é: quão complexa é a produção de saúde? O terceiro é: como a saúde tem contribuído para o processo de integração mundial?

2.1. O caráter distintivo dos bens e serviços de saúde

A literatura econômica, desde os anos sessenta, tem sido pródiga em discutir o caráter específico dos bens e serviços de saúde e seus mercados. A forma como opera o setor e a efetividade sobre a qual os serviços de saúde satisfazem as necessidades sociais fogem à norma dos mercados competitivos tradicionais.

Arrow (1963) assinalou que o desvio dos mercados de saúde em relação aos mercados competitivos deve-se: (a) à natureza da demanda, marcada pela sua irregularidade e imprevisibilidade, a qual impede o consumidor de planejar quando vai demandar o produto; (b) ao comportamento esperado do médico, dado que o consumo do produto e a atividade de produção se realizam simultaneamente, o que impede que o consumidor teste o produto antes de consumi-lo; (c) à incerteza quanto à qualidade do produto, dada a existência de grande assimetria de informação entre quem o compra e quem o vende; (d) a condições de oferta, dado que as atividades de saúde demandam elevado grau de capacitação e regulação associada ao licenciamento da atividade e das profissões, criando fortes barreiras à entrada de novos ofertantes; (e) a preços não estabelecidos pelas condições de mercado, já que um mesmo serviço pode assumir distintos preços, de acordo com o nível de renda dos indivíduos e com os mecanismos de contratação das instituições de saúde, os quais variam desde o pagamento por ato médico até o pré-pagamento por risco assumido, associado a uma cesta de bens e serviços prospectivos.

Arrow igualmente assinalou que a produção em saúde não atende uma ou mais das três principais pré-condições que definem o caráter concorrencial de um determinado mercado. A primeira é a existência de equilíbrio competitivo associado a esse bem; a segunda é a comerciabilidade (*marketability*) ou a capacidade de um bem ser comprado/vendido no mercado em função do comportamento de seus custos para o produtor e de sua utilidade para o consumidor. A terceira é a existência de rendimentos de escala que assegurem a cada estado ótimo de concorrência um dado nível de distribuição de renda e preços compatíveis para estes mercados. Se uma destas pré-condições falha esse mercado é imperfeito.



Para exemplificar, o caso de imunização foge ao critério da comerciabilidade. Uma pessoa pode se negar a consumir uma vacina para uma determinada doença transmissível. Isto põe em risco não somente sua saúde, mas também a de outros. Num sistema ideal de preços, ele deveria pagar uma compensação a qualquer outro indivíduo que contraísse essa doença como decorrência da externalidade negativa gerada pelo fato de ele não ter sido vacinado. Uma outra forma seria que todos pagassem a esta pessoa um preço para que ele se vacinasse. Esse tipo de sistema de preços estaria fora de ser viável, e necessitaria de alguma forma de intervenção coletiva como subsídio, taxação ou obrigatoriedade para que se viabilizasse. O Estado, neste caso, atuaria para assegurar, por mecanismos externos ao mercado, via incentivos ou coerção, que este indivíduo se vacinasse apesar de ele não manifestar disposição a pagar pela vacinação.

Outro exemplo consiste no fato de que muitos hospitais, especialmente em pequenas cidades, têm que operar abaixo da escala de produção para que seus rendimentos sejam satisfatórios em condições de equilíbrio. Para continuar funcionando e atendendo essa população, estes hospitais deverão receber subsídios públicos.

Os problemas associados a imperfeições de mercado levam a aprofundar a discussão da natureza dos bens e serviços de saúde: Do ponto de vista econômico, são eles bens públicos ou privados? Comercializáveis ou não?

Públicos ou Privados? Bens públicos não são necessariamente aqueles produzidos pelo governo. A conceituação econômica os classifica como bens ou serviços que, se forem ofertados a uma pessoa, estariam disponíveis para todos sem custos adicionais. Por outro lado, são bens que não têm consumo rival, ou seja, se uma pessoa consome este bem, ele não deixaria de estar disponível para outros na mesma quantidade consumida⁵. Isto o diferencia de um bem privado, onde o consumo de uma pessoa exclui qualquer outra pessoa de consumi-lo naquela mesma quantidade. Quando se pode excluir alguém da produção de um bem público, ou quando o consumo desse bem não é totalmente insubstituível, ele poderá ser considerado um bem público impuro ou um bem misto, fenômeno que certamente é muito mais próximo da realidade do que o dos bens públicos, que ocorrem raramente⁶.

As ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica ou vigilância de portos – serviços para os quais não existe mercado, mas que beneficiam igualmente a todos – são os exemplos mais conhecidos de bens públicos em saúde. Ao se estruturar serviços de vigilância sanitária, todos automaticamente se beneficiam ao reduzir seus riscos de contrair enfermidades transmissíveis ou ter sua saúde afetada pela má qualidade do ambiente.

⁵ Paul Samuelson afirma que bens públicos apresentam duas características básicas: (a) não têm consumo rival e (b) não excluem ninguém de seu consumo, ou seja, uma vez produzidos não se pode evitar que outros venham a consumi-los. Neste sentido, os bens públicos não podem funcionar em mercados privados, dado que ninguém pode assegurar que sejam consumidos somente por aqueles que têm capacidade de pagar por eles.

⁶ Tanto bens públicos como bens mistos não atendem ao princípio de eficiência de Pareto, dado que o acréscimo de seu consumo ao indivíduo pode aumentar seu benefício ou utilidade sem impor nenhum custo adicional a esse.



O caso da vacinação em saúde seria um exemplo mais controverso de bem público, podendo se associar, em alguns contextos, a casos de bens mistos. É verdade que todos se beneficiam quando um indivíduo se vacina, na medida em que se protegem de serem contaminados por ele. Assim, os benefícios coletivos da vacinação aumentam na medida em que todos se vacinam. Se o governo garante vacina para todos que estão ou podem estar em risco, então a vacinação é tipicamente um bem público. Mas na medida em que não existem vacinas para todos, a vacinação passa a estar submetida ao princípio do consumo rival, ou seja, se um indivíduo a mais se vacina, outro deixa de ser vacinado.

A provisão de um bem público depende das escolhas coletivas. Geralmente se espera que a escolha e a provisão de bens públicos sejam feitas pelos governos e seu financiamento esteja associado a impostos gerais. Mas, em espaços públicos mais restritos, uma alternativa seria que uma comunidade ou cooperativa se cotizasse para o financiamento da provisão de bens públicos. A dificuldade, neste caso, seria como se determina a capacidade de pagar por este bem e como se evitar a evasão da cota daqueles que gostariam de se beneficiar da provisão do bem de graça (*free-riders*).

Muitas medidas de saúde coletiva ou ambiental podem ser consideradas bens públicos, mas a maioria dos bens e serviços de saúde não é de natureza pública. Os serviços de atenção médica ou odontológica e os medicamentos (mesmo os chamados medicamentos básicos ou essenciais) são bens privados, dado que seu consumo está associado a quem precisa, no momento em que precisa.

Comercializáveis ou não? O conceito macroeconômico de comerciabilidade de um bem é mais amplo que o conceito microeconômico de comerciabilidade, onde simplesmente se analisa se o bem tem demanda e valor de mercado em qualquer circunstância. Em sua acepção macroeconômica, bens comercializáveis são aqueles que concorrem internacionalmente em qualquer mercado. Atualmente é crescente o número de bens de saúde que cumprem essas características: boa parte dos medicamentos, vacinas (não confundir com processos de vacinação) ou imunobiológicos, alguns equipamentos médicos e insumos hospitalares estão nesta categoria. Com a tele-medicina e os mercados globais de saúde, as estratégias de informação, *software* e capacitação em saúde podem ser consideradas como serviços comercializáveis.

Além da discussão de natureza econômica, caberia uma discussão social associada ao processo de apropriação, acesso e distribuição dos bens e serviços de saúde: São eles bens *meritocráticos ou universais*? *Focalizados assimetricamente ou de provisão indiscriminada*?

Meritocráticos ou Universais? A concepção reinante no passado era que os bens e serviços de saúde ou estavam associados à capacidade de pagar ou eram atributo daqueles que estavam protegidos pelas instituições de seguridade social, ainda que existissem instituições de caridade em saúde⁷. A concepção bismarkiana de direitos sociais foi

⁷ Em muitos países europeus ou na América Latina o mutualismo de base associativa ou laboral antecedeu as instituições públicas de seguridade social como forma de garantia de assistência médica coletiva.



sobreposta pela concepção Beveridgiana de cidadania, a partir do fim da segunda guerra mundial, que defende o direito universal aos bens e serviços de saúde. Isto funciona nos países desenvolvidos onde as condições sócio-econômicas permitem afiançar direitos universais à saúde. Por outro lado, os países em desenvolvimento não têm condições de implementar a universalidade como garantia de todas as prestações de saúde. Isto gera três tipos de dilemas de equidade: a) o das *filas* (dadas as restrições institucionais e orçamentárias, quem chega primeiro consome o serviço); b) o da *informação privilegiada* (quem sabe aonde e como chegar aos serviços o consome) e; c) o da *indisponibilidade* (nas regiões menos privilegiadas e mais distantes dos centros urbanos não existe possibilidade de consumo porque os serviços ou não existem ou existem de forma restrita).

Focalizados ou de provisão indiscriminada? A universalização do direito à saúde não acarreta que todos tenham acesso a todos os bens e serviços de saúde, sem custo algum, por meio de provisão pública. Em sociedades desiguais, onde os recursos públicos são escassos, alcança-se a universalidade garantindo, de forma regulada, o acesso para aqueles que podem pagar, e subsidiando, ou dando, para aqueles que podem pagar muito pouco ou nada. Essa é a focalização sobre a oferta, cujo risco é a criação de mercados segmentados. A outra focalização é através da demanda, cujo subsídio monetário (diretamente ou por meio de uma instituição pagadora) permite que este participe do mercado em iguais condições com aqueles que podem pagar⁸.

2.2. A complexidade da produção em saúde

A produção em saúde é maior do que a provisão dos serviços de saúde, e⁹ inclui um conjunto de indústrias como: medicamentos, imunobiológicos, equipamentos médicos (incluindo informática e *software*) e insumos básicos para serviços hospitalares e ambulatoriais. A produção de saúde requer alta educação formal, capacitação e treinamento em saúde, e tem como retaguarda um amplo setor de pesquisa básica e aplicada, que envolve todo o espectro de conhecimento, desde as ciências biológicas, da física, da química, da farmácia e da engenharia, até as ciências econômicas, sociais e modelos de gestão e administração. A produção de saúde envolve ainda os setores financeiros e de seguros, já que boa parte dos mercados privados de saúde nos países desenvolvidos se apóia em sistemas de seguros e planos de saúde, que necessitam de modernos e complexos mecanismos de gestão e sofisticados mercados de serviços financeiros e derivativos.

⁸ Poderia haver problemas, neste caso, associado à assimetria de informação entre quem usou o serviço, quem o prestou e quem pagou por ele. Com informação privilegiada, a instituição prestadora poderia receber vantagens ao cobrar por um serviço mais caro do que foi prestado. Supondo não haver canal de informação entre o usuário e a instituição pagadora cria-se a possibilidade de fraudes conhecidas como o risco do terceiro pagador.

⁹ Uma visão atualizada deste tema no Brasil pode ser encontrada em Gadelha (2002).



A produção em saúde necessita também do esforço estatal nas áreas de regulação, fiscalização, provisão de serviços de saúde e provisão de bens públicos. São exemplos os serviços de combate a enfermidades transmissíveis e a garantia de ambientes físicos e sociais saudáveis. A crescente divisão do trabalho associada ao setor e seu forte potencial de inovação tecnológica e produtiva leva à existência de bens e serviços de saúde mais ou menos integrados nos blocos regionais.

2.3. Saúde como condição prévia para a integração comercial

A saúde é condição prévia para integração comercial por motivos novos e antigos: a importância histórica das medidas de saúde pública no processo de integração comercial dos últimos 150 anos; e o recente aumento da desigualdade de acesso aos serviços de saúde.

Razões Antigas. A melhoria das condições globais de saúde durante o século XX foi impulsionada pela medicina preventiva e, em menor proporção, pelos serviços curativos. Embora esses últimos sejam mais valorizados pelas famílias, dada sua visibilidade na melhoria do estado individual de saúde, foi realizado um grande trabalho invisível na melhoria das condições coletivas de saúde. Constituí-se no desenvolvimento e aplicação de vacinas para enfermidades transmissíveis, nos esforços de saneamento básico, na erradicação de vetores que transmitem estas enfermidades e na educação sanitária para as populações mais pobres. Estes esforços de saúde coletiva foram essenciais para o desenvolvimento dos fluxos comerciais do século XIX até os dias de hoje. As medidas de vigilância dos portos e o saneamento das grandes cidades asseguraram o crescimento vertiginoso das transações mercantis sem os riscos de contágio e a transmissão de epidemias entre as nações.

Atualmente tais investimentos praticamente se completaram nos países desenvolvidos, ainda que estejam garantidos os gastos de manutenção dos sistemas de vigilância sanitária e epidemiológica para evitar o surgimento de novos focos destas enfermidades. Mesmo assim, estes países não estão isentos do surgimento de novas epidemias como ocorreu com a AIDS, nos anos oitenta, e recentemente com a SARS, que afetou temporariamente o fluxo comercial de países como China e Canadá. Não fossem os esforços de cooperação internacional e a existência de sistemas locais eficientes de vigilância sanitária, controlar essas enfermidades nas fronteiras do mundo desenvolvido teria sido muito mais difícil.

As estratégias de saúde e vigilância sanitária têm sido historicamente demandas associadas aos processos de globalização e criação de mercados econômicos, pois vetores que transmitem doenças não respeitam fronteiras. Neste sentido, os organismos internacionais têm enfatizado aos países em desenvolvimento a eliminação de riscos epidemiológicos como condição à integração de mercados. Assim, os primeiros tópicos a se discutir em qualquer estratégia de integração econômica são as medidas de vigilância sanitária e normas de saúde nos portos e fronteiras.



Novas Razões. Nos últimos anos, os países em desenvolvimento têm aumentado sua competitividade ao oferecer, aos países desenvolvidos, não apenas seus produtos tradicionais, mas também produtos manufaturados. Este movimento foi associado à maior abertura comercial dos países desenvolvidos. Nos Estados Unidos, a alíquota média dos impostos de importação caiu de 15% para 6% entre 1951 e 1979¹⁰. No entanto, desde então, a queda não tem sido tão intensa. O imposto de importação médio dos USA é de 3%, mas as alíquotas são maiores para as *commodities* e produtos primários, nos quais os países em desenvolvimento são mais competitivos. Assim, os países desenvolvidos – que antes protestavam contra o protecionismo dos países em desenvolvimento – praticam um protecionismo defensivo de seus mercados, especialmente associado a *commodities*. Um dos fatores de maior competitividade dos países em desenvolvimento é o baixo custo de mão-de-obra. Isto inclui não apenas baixos salários, mas também uma menor proteção de seguridade social. Nos países desenvolvidos essa abrange não só pensão e seguro-desemprego, mas principalmente cobertura de seguro público ou privado de saúde¹¹.

Um dos argumentos dos países desenvolvidos é que esta produção oriunda dos países em desenvolvimento é fruto de salários e cobertura de pensão e saúde não aceitáveis socialmente¹². Enquanto os padrões dos países em desenvolvimento não forem aceitos, e só o serão quando atingirem nível de riqueza apenas alcançável através de avanços baseados nas suas vantagens comparativas – os países desenvolvidos querem eliminar a competitividade baseada em diferenciais de preços relativos dos fatores e restringi-la ao tema da produtividade física do trabalho, onde suas vantagens comparativas são maiores. Enquanto isto, os países em desenvolvimento ficam presos no enigma da esfinge, em que ou decifram o enigma de desenvolver-se pagando altos salários, ou são devorados pela competição dos países ricos. Assim, o tema da proteção social ao trabalhador – especialmente no que se refere às condições de saúde, incluindo saúde ocupacional e ambiental – vira moeda de barganha na formação de blocos econômicos e na concessão de vantagens comerciais para países em desenvolvimento.

¹⁰ De acordo com Dobbs (2004), o déficit comercial norte-americano aumentou de US\$ 19 bilhões em 1980 para US\$ 0,5 trilhão em 2004, beneficiando países como China, Japão, Alemanha, Canadá e México.

¹¹ Para exemplificar, o salário médio na indústria de transformação da China é de US\$ 0,61 enquanto nos Estados Unidos é de US\$ 16,00. Isso leva a um rápido processo de internacionalização do mercado interno norte-americano, onde, por exemplo, 75% dos brinquedos vendidos são importados. Poderia levar, também, ao aumento da emigração de capitais dos países desenvolvidos para os países em desenvolvimento, como forma de reduzir os custos de produção associados a fatores e impostos. No entanto, embora isto esteja ocorrendo, fatores geográficos e locais ainda são responsáveis por manter boa parte dos capitais dos países desenvolvidos envolvidos na produção próxima aos seus centros comerciais (REDDING; VENABLES, 2000).

¹² No âmbito dessa discussão existem setores que realmente aproveitam a oportunidade para apoiar a melhoria das condições de saúde dos países em desenvolvimento, enquanto outros apenas o utilizam para, sob a égide de um argumento humanitário, continuar defendendo o nicho da proteção aos produtores nacionais ineficientes nos mercados dos países desenvolvidos.



3. O papel do Estado na saúde e o processo de integração comercial

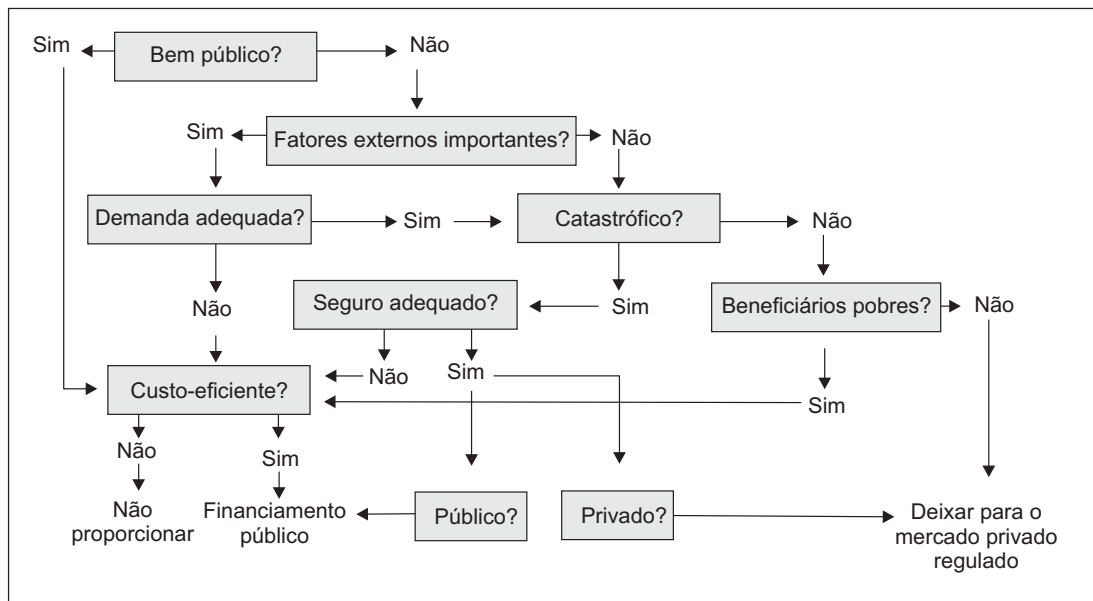
Esta seção discute, em primeiro lugar, o financiamento público da produção de bens e serviços de saúde, e depois discute a natureza pública ou privada dos bens a serem financiados (produzidos ou adquiridos) pelo Estado num contexto de globalização, aumento das relações de troca e surgimento de blocos econômicos.

Musgrove (1999) afirma que a ação do governo e o gasto público em saúde poderiam se justificar por questões de equidade e de eficiência econômica. Para garantir a equidade, o setor público deveria dar atenção preferencial aos pobres e evitar riscos morais¹³, financiar procedimentos em que a efetividade e os custos são iguais para diferentes pessoas (equidade horizontal), dar tratamento preferencial a pessoas com problemas de saúde mais graves, mas que não têm condições de pagar (equidade vertical), ou aplicar a regra de resgate (*rule of rescue*), pela qual qualquer procedimento com alta probabilidade de salvar uma vida deve ser apoiado pelo Estado, independentemente de poder ou não recuperar o custo do paciente.

Do ponto de vista da eficiência econômica, a ação pública deve corrigir falhas de mercado na provisão e no consumo de bens e serviços de saúde. Neste particular, caberia destacar a produção de bens públicos, a regulação e, eventualmente, o financiamento de bens que criam grandes externalidades positivas ou que evitam externalidades negativas provenientes de outros setores, ou ainda situações de catástrofe, onde o esforço de mobilizar recursos através do mercado seria difícil ou lento.

Baseando-se nestes conceitos, Musgrove propõe uma árvore de decisões associadas à alocação de recursos públicos em saúde (Figura 1). Utilizando-se os critérios de efetividade, em relação aos custos, e de equidade, se chega à conclusão de que os gastos públicos de saúde se justificariam nos seguintes contextos: (a) bens públicos; (b) bens privados associados a grandes externalidades, cuja demanda não esteja atendida; (c) bens privados com custos catastróficos não assegurados para a maioria da população e; (d) bens privados que beneficiem os mais pobres.

¹³ O conceito de risco moral (*moral hazard*) em saúde está associado a situações onde, em determinadas circunstâncias de oferta, o custo marginal para um indivíduo consumir uma quantidade adicional de um bem ou serviço de saúde é maior que o custo marginal para a sociedade, resultando em uma alocação subótima dos recursos disponíveis no setor. Consequentemente, a permanência desta situação pode levar ao crescimento da infra-estrutura de saúde acima das necessidades socialmente ótimas. Se tal situação ocorre, por exemplo, em um seguro médico, a empresa gestora acaba tendo que recalcular os prêmios dos seguros e, dessa forma, aumentar o preço do seguro para todos os consumidores, criando barreiras à adesão daqueles que dispõem de menos recursos.

Figura 1

Fonte: Adaptado de Musgrove P. Public spending on health care: how are different criteria related? Health Policy, 1999, 47(3): 207-223.

Dado que a relação de custo-efetividade nem sempre é obtida, podem ser dados exemplos das quatro categorias de bens ou serviços de saúde de Musgrove. No primeiro caso (bem público), os serviços de vigilância sanitária. No segundo caso (bens privados associados a grandes externalidades onde a demanda não esteja atendida), os mosquiteiros impregnados com inseticida para o combate à malária em áreas de alta incidência da enfermidade. No terceiro caso (bens privados com custos catastróficos não assegurados), os procedimentos de alta tecnologia, como cirurgias cardíacas para pobres. No último caso (bens privados que beneficiam os mais pobres), os medicamentos essenciais.

3.1. Fatores que levam à regionalização do financiamento público da saúde

Mas o que poderia levar os governos a realizar gastos com saúde fora dos espaços nacionais? Quais as razões que fazem com que os governos comprem bens e serviços de saúde de outros países, ou mesmo realizem investimentos internacionais em saúde? Como a questão da saúde afeta a relação entre os países que compõem um bloco econômico? Para entender a motivação de países contíguos na produção de bens e serviços de saúde ou as condições que beneficiam mutuamente relações econômicas e a saúde nos países, devem ser avaliadas algumas situações básicas.



- a) Se estes países são contíguos territorialmente, é necessário que epidemias não transpassem fronteiras ou afetem populações de países vizinhos. Portanto, o controle regional dos vetores de enfermidades transmissíveis é um investimento necessário.
- b) Se estes países são contíguos e têm relações comerciais, é preciso que as pessoas envolvidas no transporte e no comércio não portem doenças. Daí a necessidade de vigilância sanitária nas fronteiras e portos.
- c) Se estes países atraem turistas, devem ter condições de atendê-los em caso de doenças e acidentes que demandem atendimento de urgência ou emergência.
- d) Se estes países têm mercados de trabalho integrados, como a União Européia e o Mercosul, devem promover a regulação de seguro-saúde (ocupacional e ambiental) de financiamento público ou privado, que garanta a efetividade dos direitos à saúde e proporcione adequada proteção social dos trabalhadores deste mercado.
- e) Se os países integrados ganham mais eficiência econômica e vantagem de escala na produção de bens do que ao competir entre si, caberia aos Estados Nacionais desenvolver regulações e esforços conjuntos para propiciar a transferência tecnológica, a remoção de barreiras comerciais e a eficiência no acesso a bens e serviços para suas populações.

Essas situações mostram claramente a necessidade de que os países coordenem esforços para a produção de bens e serviços de saúde de caráter regional. A solução dos casos (a) e (b) consiste em ações conjuntas de vigilância sanitária e epidemiológica nas fronteiras. São os casos mais característicos de bens públicos regionais. Já a solução para os casos (c), (d) e (e) não está necessariamente baseada em bens públicos regionais e exige maiores níveis de integração para que sejam tomadas medidas conjuntas sobre o tema. Trataremos de discutir conceitualmente a questão dos bens públicos regionais e também os bens que mesmo sendo privados são de interesse dos estados nacionais dentro de um bloco econômico.

3.2. O conceito de bem público regional e sua aplicação no setor de saúde

Bens ou serviços públicos regionais são aqueles cuja produção estende benefícios para países, populações e gerações de uma dada região. A produção e o consumo destes bens e serviços criam externalidades positivas ou minimizam externalidades negativas para os cidadãos da região. São públicos porque os benefícios são coletivos, e regionais porque os benefícios vão além das fronteiras. Exemplos são a paz e a segurança entre países, a luta contra a produção e tráfico de drogas, a preservação ambiental associada à conservação do ar e recursos hídricos, à vigilância epidemiológica, à luta contra enfermidades transmissíveis, etc.



Em 2003, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) estimou o custo global da não ação e da ação corretiva para resolver problemas de acesso a bens públicos globais:

Tabela 1 – Estimativa de custos anuais da não ação e da ação corretiva para problemas de acesso a bens públicos globais (em US\$ bilhões PPP)

Tipo de custo	Estabilidade financeira internacional	Regime de comércio internacional	Excessiva carga de enfermidade	Estabilidade climática	Paz e segurança mundial
Não Ação	50,0	260,0	1.138,0	780,0	358,0
Ação Corretiva	0,3	20,0	93,0	125,0	71,0

Fonte: UNDP, 2003.

A integração de um bloco de países está associada à escolha e à gestão de bens públicos regionais que devem ser regulados e providos regionalmente. A produção e o consumo de bens públicos regionais (BPR) precisam de condições básicas como:

- Identificar necessidades de produção efetiva e potencial e vantagens comparativas dos bens e serviços nos países do bloco econômico. Deve-se buscar a equidade no acesso a bens e serviços que podem vir a ser BPR ao longo do processo de integração;
- Informar ao público sobre o uso adequado e vantagens associadas ao consumo destes bens, aproximando o público e o privado no interesse da sua regulação e produção;
- Promover diálogos internacionais entre formuladores de políticas para criar acordos de países sobre regulação, produção, gestão e comércio, e aumentar a eficácia de produção e provisão destes bens;
- Promover a redução de barreiras ao livre comércio de elementos necessários ao consumo destes bens e potencializar as vantagens comparativas (menores custos de transação, evitar limitações à oferta);
- Subsidiar ou facilitar crédito às nações que não podem produzir BPR; e
- Avaliar o progresso associado ao acesso destes bens (BPR) e conhecer os fatores que podem potencializar sua produção no bloco econômico.

A produção e equidade de acesso a BPRs são processos que demandam o apoio dos blocos econômicos e organismos multilaterais como o BID e o Banco Mundial. As cooperações técnicas para bens públicos regionais podem ser:

- a) *Orientadas de fora*, quando a iniciativa é de agentes externos para a produção de um BPR de interesse em uma nação específica (ex.: instituição internacional promove protocolos de AIDS específicos a um país);
- b) *Orientadas de dentro*, quando um ou mais países adequam sua produção de BPR aos regulamentos internacionais (parâmetros de qualidade para vacinas);



- c) *Intergovernamentais*, quando governos trabalham juntos na produção de um BPR (esforços internacionais para produzir a vacina contra a AIDS); e
- d) *Em rede*, quando países promovem ajustes na produção de um BPR a partir de acordos de um bloco econômico, para atender uma demanda diferenciada (produção de medicamentos essenciais na CE).

Existem problemas de equidade na integração regional de BPRs em saúde. A equidade em saúde cresce quando não há diferenças sócio-econômicas entre países do bloco econômico, ou quando os países mais pobres têm pouca população. Neste caso, o custo da equidade social pode ser dividido pelo bloco econômico, com o consenso de todos os países. Em certo sentido, foi o que ocorreu em países como Portugal, Espanha, Itália, Grécia (e de certa forma Turquia e México) no processo de Expansão da CE e NAFTA.

A criação de BPRs em saúde pode estar ameaçada se não houver equidade social dentro do bloco. O mesmo ocorre com serviços de saúde em países pequenos e eqüitativos e países grandes e desiguais num mesmo bloco econômico. Um país como o Uruguai não pode oferecer seus serviços de saúde especializada universal aos visitantes paraguaios, pois isto geraria incentivos à demanda não atendida do Paraguai ao se deslocar para o Uruguai. Por fim, a definição de serviço de saúde como BPR é muitas vezes legal, e não factual. Somente a realidade vai provar realmente se o bem é um BPR, um bem misto ou apenas um bem privado que gera externalidades positivas. É importante que seja garantido o seu consumo, independentemente da natureza econômica do bem, seja pela regulação ou subsídio público. Assim, as estratégias de vacinação ou medicamentos essenciais podem se comportar como BPR se houver regulação adequada. Na prática, apenas as medidas de vigilância sanitária nas fronteiras têm sido reguladas como tal.

3.3. A questão da reciprocidade da atenção à saúde entre países

Tratados sobre reciprocidade de serviços de saúde dependem de uma série de circunstâncias. A reciprocidade garante que estrangeiros gozem dos mesmos direitos de saúde que cidadãos, quando em visita ou residência em países que tenham acordos de reciprocidade. Em geral, os principais motivos que levam à reciprocidade de serviços de saúde entre países são os seguintes:

- a) *Turismo e negócios*: países com um sistema público universal podem estendê-lo a estrangeiros para desenvolver o turismo e o comércio. Existem acordos entre dois ou mais países onde os visitantes podem ser atendidos no serviço público sempre que necessário. A reciprocidade não ocorre com países vizinhos com sistemas desiguais. Por vezes, o motivo da visita ao país estrangeiro pode passar a ser o uso do próprio serviço de saúde¹⁴, o que eleva o risco de aumentar os custos dos serviços nacionais do país;

¹⁴ Para gerar receitas adicionais e evitar o consumo de serviços de saúde de alto custo por estrangeiros visitantes, Cuba, através de sua empresa de relações comerciais internacionais Cubanacan, passou a desenvolver, desde o início dos anos noventa, programas de Turismo Saúde, onde são feitos acordos diretamente com os indivíduos interessados ou com Planos de Saúde de diversos países para o uso remunerado de serviços especializados de saúde.



- b) *Sistemas de saúde parecidos*: alguns países contam com sistemas de saúde similares, seja quanto à organização, cobertura ou qualidade da prestação de saúde. Esses têm mais estímulos para desenvolver a reciprocidade em saúde. A Austrália firmou, em 4 de maio de 1998, um acordo com a Nova Zelândia garantindo reciprocidade aos cidadãos de ambos os países no uso dos serviços públicos de saúde quando estejam, em caráter temporário ou permanente, no território do outro. Os serviços públicos e universais de ambos os países estão na lista dos melhores do mundo. A Austrália mantém ainda convênios de reciprocidade de atenção pública a cidadãos temporariamente em territórios estrangeiros com vários países do mundo como o Reino Unido, Malta, Suécia, Itália, Holanda, Noruega e a Finlândia; e:
- c) *Imigração de trabalhadores*: países vizinhos num bloco devem integrar seus mercados de trabalho. Boa parte dos temas de reciprocidade de serviços de saúde, nos países europeus, começou a se desenvolver por este motivo, antes que fossem realizados os esforços de criação da União Européia. Na América Latina, por exemplo, existem acordos de reciprocidade em saúde entre Chile e Peru. O primeiro atende gratuitamente, através do Fonasa, a população peruana imigrante em busca de trabalho, especialmente no norte do país¹⁵. Como o número de chilenos no Peru é baixo, a reciprocidade é contrabalançada com medicamentos dados ao Chile para o combate a determinadas doenças. Imigrantes nicaragüenses vão trabalhar sazonalmente durante o período de safra agrícola na Costa Rica. Embora a saúde universal costarricense seja de boa qualidade, essa só é integral para os nacionais. Os imigrantes nicaragüenses recebem apenas vacinas, emergências médicas e tratamento a doenças profissionais, mas estão excluídos dos tratamentos de longo prazo. Com isto, fica garantida a regularidade do trabalho e evita-se o risco de doenças transmissíveis e epidemias. A reciprocidade não existe neste caso, dado que o mesmo tratamento seria impossível aos cidadãos costarricenses na Nicarágua, mas o modelo funciona porque a Costa Rica mantém todos em seu território funcionalmente saudáveis.

Não há reciprocidade onde existem concepções distintas de organização das políticas sociais. As duas maiores economias do NAFTA – Estados Unidos e Canadá – não têm convênio de reciprocidade quanto ao uso de serviços de saúde, pois os dois sistemas são organizados de forma totalmente distinta. O Canadá tem um sistema público e universal, enquanto os americanos, em sua maioria, estão protegidos por seguro-saúde privado. Os americanos abaixo da linha de pobreza se beneficiam do Medicaid, e os maiores de 65 anos de idade usam o Medicare, ambos financiados pelo governo. Ao viajar, devem contratar um seguro-saúde adicional antes de sair dos Estados Unidos. Se decidirem ir viver no Canadá, não têm direito ao sistema de saúde canadense.

¹⁵ O Fonasa é o serviço de atenção pública destinado a atender a população que não tem renda para se afiliar a uma Isapre, o mercado informal e a população indigente. As ISAPRES são empresas de seguros privados de saúde, que competem livremente pela atenção das fatias de maior renda da população, atendendo cerca de 30% da população chilena.



3.4. Outros fatores que requerem a presença do Estado na regulação dos mercados internacionais de saúde

Além dos acordos de BPR e a reciprocidade, outros fatores podem levar governos a promover ações e políticas de saúde, como:

- a) *Protocolos de pesquisa científica*: esse tem sido um dos maiores campos de colaboração em saúde, dentro ou fora de blocos econômicos. A França e o Canadá assinaram um convênio administrativo, em agosto de 1996, nas áreas de pesquisa e desenvolvimento de novos remédios, vigilância sanitária, promoção de saúde através de campanhas contra as drogas e contra o cigarro. Também fizeram estudos de provedores de assistência médica;
- b) *Capacitação e organização de atividades econômicas*: a saúde é fundamental para várias atividades, como o turismo. No Caribe, a saúde dos visitantes é necessária para o sucesso do negócio. Por isso, dezesseis países fizeram em 1996 uma aliança de controle sanitário nos hotéis da região. O objetivo é um maior controle de doenças e maior atenção aos visitantes, para transformar a região num local seguro. Esta aliança está baseada em três níveis de colaboração: a) As autoridades de saúde notificam outros países sobre eventos que podem afetar a saúde da Região; b) Garçons, cozinheiros, arrumadeiras e todas as pessoas que cuidam de higiene de comida e acomodações de hotéis, restaurantes, cruzeiros marítimos recebem treinamento básico de saúde e higiene; c) Serviços nacionais de saúde atendem turistas doentes de países vizinhos, de acordo com reciprocidade de serviços médicos, e;
- c) *Ajuda bilateral*: a cooperação técnica bilateral é comum em diversos temas, inclusive na saúde. Em julho de 2000, Índia e Estados Unidos firmaram um acordo de cinco anos, renovável pelo mesmo período, de saúde reprodutiva. Esse inclui a pesquisa de novos métodos contraceptivos e o controle de doenças sexualmente transmissíveis.

4. Mercados privados, saúde e integração regional

A integração regional dos mercados de saúde envolve aspectos comerciais e temas de direitos sociais como insumos básicos, medicamentos e tecnologia médica. Insumos médicos e medicamentos trazem à tona aspectos intrincados como preços diferenciais, transferência de tecnologia e patentes. Já a discussão sobre equipamentos e tecnologia médica envolve importantes aspectos relacionados à regulação da tecnologia, custo-efetividade e adaptatividade ao perfil epidemiológico e à organização de serviços de saúde em cada país.

A tecnologia da informação se integra com a tele-medicina, que consiste na capacitação, prestação de serviços, e até exames laboratoriais, feitos à distância. Esses precisam de padrões comuns de regulação de padrões de comunicação por satélite, acesso à banda larga e outras questões. A capacitação em saúde por cursos presenciais, mestrados, doutorados e outros relacionados a profissões de saúde está crescendo, principalmente ligada ao licenciamento de atividades e franquias essenciais ao funcionamento deste mercado. A América Latina tem experimentado forte expansão de cursos de gestão, pré-requisitos para o exercício de empregos em serviços e sistemas de saúde na região.



A integração de países no âmbito da saúde privada cresce na própria prestação de serviços. Seguro-saúde e novos produtos financeiros com características de portabilidade dos seguros desenvolvem no seu rastro uma série de instâncias privadas de auto-regulação, licenciamento, certificação e acreditação de qualidade por instituições que garantem padrões mínimos de qualidade da assistência médica, no âmbito internacional, como a NCQA. A integração regional de insumos, medicamentos, tecnologia médica e capacitação dariam margem para uma ampla discussão que fugiria ao escopo do presente artigo. Todavia, o foco deste é limitado ao papel destes fenômenos na integração da saúde nos blocos econômicos.

4.1. Integração regional, regulação e auto-regulação dos serviços de saúde

O desenvolvimento de redes internacionais de seguro-saúde, ou instituições locais em nível dos parâmetros internacionais é uma condição prévia para o desenvolvimento de mercados privados de serviços de saúde. As seguradoras de países desenvolvidos crescentemente se interessam por operar em países em desenvolvimento. Ao mesmo tempo, a globalização exige seguros-saúde internacionais, o que leva à necessidade de padronizar serviços de saúde em países em desenvolvimento. Garantir a qualidade da saúde envolve três atividades: a) regular o funcionamento de atores do mercado, feito pelo governo; b) garantir qualidade em parâmetros internacionais, feito por acreditadores e; c) garantir a qualidade dos profissionais de saúde, por órgão de classe. A regra para esses dois últimos casos é a regulação privada, mas em nível internacional o estado pode intervir.

O governo faz o registro do funcionamento pelo licenciamento, com as condições para que um estabelecimento de saúde, uma escola de formação de profissionais, uma farmácia, um laboratório ou qualquer outra instituição de saúde tenha seu alvará de funcionamento. Por vezes, essas condições não chegam aos padrões internacionais de uma seguradora de um país desenvolvido. Muitos destes padrões são feitos por firmas privadas de acreditação. A seguradora internacional e seus parceiros locais devem obedecer a padrões de saúde de instalações, equipamentos, composição de equipes profissionais, garantia de serviços, padrões de conforto, processos de avaliação de resultados e outros requisitos. A acreditação é um processo que se estende a escolas médicas, hospitais, clínicas, e até planos de saúde (com suas margens de solvência, portfólio, padrão de administração, governança corporativa, plano de negócios e vários outros aspectos da empresa¹⁶. Embora a acreditação tenha nascido nos Estados Unidos, no início do século XX, ela vem crescendo em muitos países em desenvolvimento.

¹⁶ Em muitos países desenvolvidos, como os Estados Unidos, o processo de acreditação é necessário, dada a inexistência de instâncias governamentais de controle de qualidade dos serviços de saúde. Nesse sentido, o Governo delega a autoridades externas um processo de controle de qualidade dos pares (*peer to peer review process*) para estabelecimentos públicos. No caso dos estabelecimentos privados, este processo é voluntário e, em geral, sem fins lucrativos. Instituições associativas como a JCAHO (*Joint Commission for Accreditation of Hospitals*) respondem por 92% da acreditação de hospitais norte-americanos. Essa comissão realiza auditorias em hospitais a cada 3 anos, sendo composta por um conselho de 28 pessoas (14 representantes de médicos em distintas categorias, 7 de outros profissionais de saúde e 7 representantes da população usuária).



É necessário garantir não apenas a qualidade da formação do profissional de saúde no momento da contratação, mas também a sua permanente atualização com os avanços médicos, por meio da certificação e re-certificação, respectivamente. O licenciamento, a certificação e a acreditação, como instrumentos de integração dos mercados privados de saúde, estão relacionados na Tabela 2, a seguir:

Tabela 2 – Características do licenciamento, certificação e acreditação na integração de mercados privados de saúde

Características	Licenciamento	Certificação	Acreditação
Aplicada em	Serviços, planos de saúde ou instituições de formação profissional	Profissionais de saúde	Serviços, planos de saúde ou instituições de formação profissional
Órgão Regulador	Governo	Governos, pares ou gestores	Governos, pares ou gestores
Requerida para	Funcionamento	Contratação ou renovação de contrato	Contratação, renovação de contrato ou inclusão em lista de prestadores
Propósito	Padronização	Adaptação a protocolos e conteúdos	Padronização e controle de qualidade
Duração	Permanente	Permanente ou prazo fixo renovável	Prazo fixo renovável
Padrões	Mínimos de qualidade	Competências profissionais	Produtos, processos e resultados
Verificação de Qualidade	Pouca	Muita	Muita
Avaliação de Desempenho	Não	Periódica	Constante
Gestão	Simples	Intermediária	Complexa
Requisitos para Renovação	Quase automática	Exige exame	Reavaliação complexa

Os processos de acreditação tendem a ser mais complexos do que o mero licenciamento. Já a certificação tem um objetivo único de afiançar a qualidade da formação profissional. A integração da saúde depende de passar do licenciamento de atividades para certificação de profissionais e acreditação de atividades. Estas últimas envolvem não só o governo com a regulação, mas também o *know-how* de instituições internacionais para a auto-regulação. O objetivo é transmitir o conhecimento sobre



saúde mais rápido, dentro de um mundo cada vez mais globalizado, para padronizar a qualidade da saúde, mais e mais, nos quatro cantos do planeta.

4.2. A questão da portabilidade dos seguros de saúde

De maneira geral, a prestação do serviço de saúde necessita da presença física do médico e do paciente no mesmo local de encontro, para que possa ser ministrada a cura do paciente. Já o financiamento à saúde, através de planos e seguros de saúde, pode ser feito de qualquer canto do planeta. Daí, a importância de garantir, aos viajantes e trabalhadores internacionais, a portabilidade dos seguros de saúde. A portabilidade é, no sentido estrito utilizado pela legislação americana da HIPAA, apenas o direito do empregado de prosseguir segurado mesmo depois de sair do emprego que lhe dava o seguro. Mas no contexto internacional pode significar transportar este direito para outro país, a título provisório, como uma viagem de verão, ou permanente, como um trabalhador internacional. A portabilidade é fundamental porque, quando um trabalhador resolve voltar ao seu país de origem depois de aposentado, ele vai ter que contrair seguro privado de saúde. Muitas vezes, ele não será aceito, por causa da idade, ou pagará um prêmio muito alto. Outras vezes, o sistema público do país de origem não é suficiente para cobrir os custos ou não tem qualidade ideal de serviços. Por isso, a portabilidade de direitos de saúde é fundamental.

A filosofia básica por trás da portabilidade de seguro-saúde, e dos demais serviços sociais, está lastreada na livre movimentação de mão-de-obra, ou pelo menos, no direito de trabalhadores imigrantes retornarem a seus países de origem em sua aposentadoria. Para isso, deve poder receber a aposentadoria e, principalmente, o direito à atenção à saúde, por serem seus custos catastróficos na idade avançada, em sua totalidade. A reciprocidade implica no recebimento de direitos sociais no país onde o imigrante decide se aposentar como se tivesse ficado no país onde trabalhou durante sua vida ativa. A portabilidade é regida por três regras básicas de reciprocidade:

Em primeiro lugar, que o trabalhador receba de fato, sem burocracia e descontos desiguais, a cobertura à saúde pela qual pagou durante o seu tempo de trabalho, aonde quer que decida se aposentar. Em segundo lugar, que existam compensações do país que recebeu os prêmios de saúde pública do trabalhador ao país que paga as perdas do trabalhador ora idoso, se esses países não forem os mesmos. Neste caso, poder-se-ia alegar um desconto em favor do país que recebeu os prêmios, dos atendimentos feitos quando o trabalhador ainda vivia lá. Por fim, deve-se buscar o mínimo de procedimentos que envolvam ônus aos segurados, e o máximo de eficiência no relacionamento de governos, entre sistemas de saúde diretamente. Principalmente sistemas que exigem recibos em dois países para reembolsos e descontos de franquias. Além de custoso, esses procedimentos são raramente equitativos¹⁷.

¹⁷ Para mais informações sobre o custo administrativo na saúde, consultar: “*Cost of Healthcare administration in the United States and Canada*” publicado no *New England Journal of Medicine* sob o seguinte código: “N Eng J Med 2003; 349; 2461”.



O ideal é que o beneficiário não tenha nenhum contato com custos ou prêmios, e que os países façam todo o acerto de contas. Por exemplo, um turco, que trabalhou e se aposentou na Suécia, quando voltar para a Turquia vai receber tratamento dado pelo governo turco, o qual será reembolsado pelo governo sueco. Para o pensionista não existe diferença nenhuma, apenas os governos fazem este acerto financeiro. Este reembolso só pode ser conferido em caso de emergências em que o pensionista não puder esperar para voltar ao país onde trabalhou. Por exemplo: dor de cabeça, operações urgentes, doença contagiosa e demais procedimentos que demandem intervenção imediata.

Na iniciativa privada os dilemas são um pouco diferentes, mas as preocupações são as mesmas. A portabilidade de seguros-saúde potencializa a escala, a competitividade e a qualidade, mas envolve também problemas de gestão administrativa, financeiros e de atuária. Do ponto de vista da gestão administrativa, existem várias formas de seguro-saúde: desde a livre-escolha em todos os níveis até planos que restringem a atenção a uma rede fechada de prestadores. Do ponto de vista financeiro, existem planos de pré-pagamento e pós-pagamento, passando por franquias e co-pagamentos. Do ponto de vista atuarial, a valiosa informação sobre a história de risco do grupo segurado é diferente de empresa a empresa. Algumas avaliam risco para diferenciar prêmio e assumem perfis de morbi-mortalidade a partir de informações demográficas (sexo e idade) e sócio-econômicas. Outras assumem o risco médio de um determinado grupo de indivíduos e não diferenciam o preço das apólices. Na maioria dos países, existem vários controles para que a diferença de prêmio entre idades não seja muito grande.

Assim, é muito difícil para um segurado tentar negociar a portabilidade do seu seguro sem que o novo segurador não restrinja coberturas e carências conquistadas, nem restrinja o número de provedores, ou ainda que simplesmente não aumente o prêmio.

Segundo Biasoto (2003),

o tema da portabilidade não é uma questão isolada, mas somente pode ser compreendida dentro de um todo sistêmico que compreende características como a percepção de regime contributivo e a sustentabilidade das entidades gestoras de saúde privada. A questão da sustentabilidade é de extrema complexidade em qualquer situação, tanto pelas condições de administração de risco em populações restritas, quanto pela perversidade das práticas de mercado num ambiente com risco agudo e seleções de clientela. Em casos como o brasileiro, onde características de renda da população e a baixa adesão dos empregadores limitam ainda mais o mercado, as debilidades intrínsecas do sistema ficam potencializadas.

Apesar dos problemas listados, existe um grande mercado para se implementar ganhos de escala e permitir a maior mobilidade do trabalhador, com todas as garantias de cobertura de saúde. Nesta operação lucram os países, as seguradoras, os prestadores de serviço, e a sociedade como um todo, que ganha flexibilidade e eficiência com a portabilidade da cobertura de saúde. Os acima referidos ganhos da portabilidade são válidos não só para países e seus trabalhadores, mas também para os blocos econômicos.



5. Os casos da União Européia, NAFTA e Mercosul

5.1. O caso da União Européia

Segundo o parlamento europeu, o cartão de saúde é um símbolo tão importante da comunidade como o Euro, a moeda única. Facilita a mobilidade de trabalhadores dentro da região, microempresários e estudantes em busca de melhores oportunidades.

As políticas sociais européias (e a saúde não foge à regra) criam anéis sucessivos de proteção social, numa concepção evolutiva de seguro público que se inicia com Bismarck, no século XIX, e culmina com Beveridge, na segunda metade do século XX. Assim, a maioria dos países europeus tem sistemas de saúde universal com um pequeno setor privado. As pressões de cobertura, equidade horizontal e vertical, levaram o gasto com saúde, como percentagem do PIB, a dobrar nos últimos trinta anos por fatores demográficos, tecnológicos e pelo aumento da expectativa de consumo da população. Outros fatores globais são protagonistas do aumento do gasto em saúde global, e se relacionam ao excesso de demanda financiada por sistemas de terceiro pagador, não só na Europa e nos Estados Unidos, mas também no resto do mundo em desenvolvimento.

Por outro lado, a União Européia tem tentado unificar seus serviços de saúde pública e atenção à saúde. A questão da reciprocidade começou no mundo com o primeiro acordo entre seguridades sociais, da Itália com a França, em 1919. Mas no campo da saúde pública o avanço foi mais lento. O Conselho da Comunidade Européia aprovou, em 15 de abril de 1998, uma resolução visando melhorar as informações sobre as condições de saúde nos países, orientar respostas coletivas a epidemias e equacionar esforços conjuntos na melhora da qualidade de vida do bloco. Esta melhora inclui vacinação e mudança de hábitos da população, controle de tabaco em locais públicos, controle de drogas, álcool e *doping* esportivo, programas contra a AIDS, vigilância de alimentos e produtos pessoais etc. Quanto à atenção à saúde, já existe uma série de acordos sobre reciprocidade e o uso de saúde por cidadãos de distintos países dentro da comunidade européia. Mas o exercício destes direitos enfrentava obstáculos como excesso de trâmite de informações, burocracia e outras dificuldades que atrapalhavam o alcance e efetividade destes acordos.

A proposta do Cartão de Saúde Emergencial Europeu foi aceita em 1º de junho de 2004. Ele é válido em todos países-membro do bloco que ratificaram o seu uso, além da Suíça, que não é da EU, mas também tem o cartão. Todos os países da região ratificaram o acordo, mas cada país tem o seu modo de garantir a reciprocidade, com coberturas maiores ou menores, e com maiores ou menores possibilidades em caso de desembolso necessário de franquia, co-participações, ou de procedimentos apenas disponíveis no setor privado. Este cartão substitui o formulário "E 111" e o "E 128". O cartão serve para proteger os cidadãos e residentes autorizados em casos de emergência e garantir o fluxo regular de trabalho e turismo no continente.



A Comunidade Européia concentra mais imigrantes do que qualquer outro bloco econômico, com 33% de todos os imigrantes do mundo. Embora muitos desses não sejam cidadãos ou residentes estabelecidos, a diretiva 109/2003 da União Européia determinou como ideal que os países-membro conferissem status de residente com direitos sociais completos a partir de cinco anos de residência, inclusive o direito de se mudarem para outros países do bloco. A EU ainda permite que pensões sejam pagas para imigrantes que trabalharam dentro do bloco econômico, se aposentaram e voltaram para o seu país de origem. Todavia, no tocante a gastos com saúde, não são permitidas dedução ou cobertura de 100 por cento das despesas.

Alguns países, notadamente da Europa, reembolsam os custos de procedimentos de saúde experimentados por estrangeiros quando voltam a seus países de origem. Todavia, mesmo nesse caso, os custos são apenas pagos em parte, e calculados como se tivessem sido feitos pelo serviço público do país pagador. A Áustria, por sua vez, tem um sistema que garante aos beneficiários do seu sistema social reembolso de 80% nos gastos feitos em saúde privada no país ou no exterior, desde que procedimentos equivalentes não estivessem disponíveis ou não fossem exequíveis no sistema austríaco. Por outro lado, o sistema austríaco apresenta, em sua tabela de preços de procedimentos médicos, custos muito abaixo do mercado, e até do que sistemas privados em países em desenvolvimento cobrariam, o que resulta num reembolso muito inferior ao que realmente custou ao beneficiário. Por fim, o acordo entre a Turquia, a Alemanha e a Áustria impede o turismo hospitalar, ou seja, que uma pessoa fique indo para o país onde os serviços são melhores, às custas do já sobrecarregado serviço de saúde do país mais pobre. Por fim, a Alemanha reembolsa apenas os gastos de pessoas que saem do país por até seis semanas, o que obviamente não é suficiente para migrantes de volta ao país de origem.

Estes são cenários de relacionamento da EU com o resto do mundo. É importante vislumbrar as relações de reciprocidade também dentro do bloco como um todo. Para isso, existiu todo um trabalho de idealização do cartão de saúde europeu. A idéia básica de criação do cartão de saúde foi proposta no Conselho da União Européia, em 26 de maio de 1986, mas somente dez anos depois (1996) foi promulgada uma resolução do parlamento europeu sobre o início de sua implementação. Embora tivesse sido considerada uma proposta simples, dificuldades legais, técnicas e políticas não permitiram que os vários países europeus chegassem a um acordo, trazendo atrasos e impedido maiores progressos nessa matéria até a aprovação do cartão.

O cartão facilita a unificação e cobertura de cidadãos europeus em qualquer lugar do continente. O cartão segue um padrão de baixo custo e alta efetividade, integrado no âmbito dos países europeus. Além disso, serviços de atenção primária e outros mais especializados como o combate ao câncer e às doenças cardiovasculares podem ser compartilhados dentro do bloco econômico. O cartão será baseado na tecnologia *e-smart*. Essa tecnologia traz informações necessárias para efetuar os controles da saúde da população dos países da União



Européia dentro de um chip¹⁸. Desta forma, uma série de controles, formulários e documentos hoje necessários à contabilidade dos sistemas de saúde dos países que ratificaram os acordos de proteção à saúde serão eliminados. Os pagamentos feitos por um país europeu, para um segurado de outro país europeu, são feitos na base das perdas geradas pelo cidadão do outro país. Porém, tratando-se de um imigrante de um país europeu que trabalhou e contribuiu toda a sua vida para outro país europeu, ao se aposentar e decidir voltar para o seu país, ele usará os serviços do país de origem, e o país que recebeu as contribuições apenas receberá o valor da anuidade padrão de um segurado, e não os custos dos procedimentos. Esses últimos, dado a idade avançada dos segurados, são muito maiores do que os primeiros. Este é um lapso atuarial que gera fortes distorções, especialmente com os custos crescentes da atenção à saúde.

Seguindo ainda na questão atuarial, a Europa utiliza em grande parte um sistema redistributivo de prêmios de acordo com a faixa salarial do beneficiário, que normalmente subsidia aqueles em idade avançada e com poucos vencimentos. Uma outra consideração da reciprocidade entre sistemas de saúde dentro do bloco econômico deve levar em conta o pagamento de uma quantia total, que pudesse ser estimada como o valor a mais, para subsidiar a população mais idosa, pago pelo imigrante no país em que trabalhou. Essa quantia deveria ser enviada de volta ao seu país natal, quando ele se aposentasse, como uma alternativa ao pagamento de perdas individualizadas.

A União Européia, ao longo dos últimos anos, avançou bastante na regulação de temas de reciprocidade de direitos de saúde, podendo ser considerado o bloco econômico mais avançado nessa matéria. Apenas para dar uma amostra deste avanço em termos numéricos, a UE assinou mais de 2500 acordos bilaterais de reciprocidade de seguridade social, o que inclui saúde e pensões. A Ásia, que provê mais de um terço de todos os imigrantes de trabalho do mundo, assinou menos de cinco por cento deste número. Poderiam ser dados outros exemplos, como a unificação de mercados de profissionais de saúde, esforços de integração de currículos e exigências para o exercício profissional na saúde. No entanto, basta dizer que o número de países, a heterogeneidade cultural e social da Comunidade Européia não é suficiente para contrabalançar a principal vantagem do bloco, que é o equilíbrio no nível de desenvolvimento entre a maior parte de seus membros. Isto facilita sobremaneira a reciprocidade.

5.2. A reciprocidade do NAFTA

A América do Norte é mais heterogênea do que a Europa por apresentar países com concepções de sociedade, economia, direitos básicos das populações e políticas de saúde muito díspares. Na área da saúde, os sistemas de saúde norte-americano, canadense e mexicano, em termos de estrutura, financiamento e cobertura básica de grupos

¹⁸ Na verdade, vários países europeus, como Bélgica, Dinamarca, Alemanha, Grécia, Espanha, França, Irlanda, Itália, Luxemburgo e Holanda já implementaram experiências nacionais de cartões eletrônicos para os serviços de saúde, para distintos propósitos. Portanto, a experiência em utilizar tais tipos de cartões não é alheia ao contexto dos países europeus e, supostamente, não haveria muitos problemas práticos ou resistências culturais à sua utilização.



sociais e regulação do mercado privado não têm quase nenhum ponto em comum. Por isso, o NAFTA apresenta níveis de reciprocidade muito baixo. Mas isto não significa que não existam alguns esforços isolados que mereçam ser notados. Iniciativas na área de segurança do trabalho, saúde no trabalhador e acidentes de trabalho visam uniformizar parâmetros para se adequar a padrões internacionais. Muitas dessas iniciativas ainda são projetos de estudo na NAALC – acordo de cooperação sobre o mercado de trabalho na América do Norte – que podem ser concretizadas no futuro. Neste cenário, a portabilidade dos direitos de atenção à saúde médica dos trabalhadores parece um futuro muito distante. Por fim, mesmo os temas que apresentam maior consenso despertam pouco interesse nos países-membro, o que acaba gerando uma produção normativa escassa e irrelevante.

Saindo da questão de saúde pública, saúde no trabalho e meio ambiente, e entrando na questão da reciprocidade de serviços de saúde e atenção à saúde entre países de um mesmo bloco, a situação não muda muito. Os Estados Unidos não pagam, de forma alguma, tratamento de seus cidadãos no exterior, alegando medo de fraudes e falta de exatidão no controle de custos. Todavia, imigrantes e trabalhadores que se aposentam em outros países, se continuam pagando suas taxas de Medicare, tanto a parte A como a parte B, podem utilizar os serviços nos EUA, desde que consigam o visto de entrada. Isto não é problema para aqueles que tem o *greencard*.

Se por um lado existe um acordo entre os EUA e o México que permite aos trabalhadores contribuir nos dois países e receber aposentadoria proporcional ao tempo de trabalho em cada país; por outro esse acordo não é aplicado à saúde. Assim, se um trabalhador mexicano trabalha quatro anos no México e seis nos Estados Unidos, pode receber aposentadoria proporcional nos dois países, após dez anos de contribuição. Mas para receber a cobertura do Medicare, o trabalhador precisa contribuir dez anos nos EUA, e as suas contribuições no México não contam para este prazo.

A função de entidades de regulação ou auto-regulação de planos de saúde é ter padrões mínimos de portabilidade de cobertura para pessoas que mudam de região ou plano. A portabilidade aperfeiçoa mecanismos já existentes nas seguradoras, que tendem a considerar todo novo contrato como risco novo e, por isso mesmo, desconhecido e caro. Nos Estados Unidos a Lei de portabilidade e transparência em seguros de saúde (HIPAA) é uma norma que emendou, em 1996, a Lei que assegura e regula as rendas do trabalho e a aposentadoria (ERISA). ERISA rege grande parte das relações trabalhistas e previdenciárias norte-americanas, inclusive no que se refere à discriminação no trabalho e acesso à cobertura de saúde por parte das empresas. No caso da saúde, a lei garante direitos e proteção aos beneficiários de planos coletivos de saúde ao mudarem de um estado para outro, mesmo em caso de término de relação de trabalho. Complementando isso, as relações de cobertura de seguro-saúde para o trabalhador, em nível intra-estadual, são reguladas pelas normas de cada estado. As normas mais importantes regulam o prêmio, que não pode ter diferença muito



grande de um trabalhador jovem para um velho, no máximo 3.5 vezes. Outras normas regulam o dever das seguradoras de não reajustar o prêmio de algum trabalhador que ficou doente no ano anterior por um valor maior do que o reajuste padrão para toda a empresa. O objetivo do órgão regulador estadual do mercado segurador é diminuir o número de pessoas sem cobertura de saúde.

Já a regulação federal, pela lei HIPAA, garante a cobertura em caso de doença pré-existente até 63 dias ao fim do último contrato. A partir daí, o governo americano paga as contas deste segurado. Mesmo para não aposentados, o Medicare cobre a atenção a doenças crônicas em algumas circunstâncias, e essa é uma delas. No entanto, não há legislação de portabilidade do seguro-saúde no âmbito do NAFTA, o que significa que um americano no México ou Canadá perde a cobertura da lei. No entanto, Comissão do trabalhador está tentando aprovar medidas em cada país que garantam a portabilidade. Existem planos privados que garantem a portabilidade internacional, mas estes são bem caros e providos em pequena escala. Em geral, as companhias de turismo, por exemplo, oferecem àqueles que viajam, em regime de excursão, seguros de saúde internacionais restritos ao período da viagem.

Os EUA focalizam gastos públicos nos mais pobres (Medicaid) e mais velhos (Medicare), enquanto a população em idade ativa e suas famílias têm de encontrar financiamento de saúde no mercado privado. A maioria dos cidadãos o faz através de seguros privados de cobertura e compra voluntária, patrocinado em parte ou no seu todo pelas empresas. Outra modalidade que tem crescido bastante são as contas de poupança de saúde (*Medical Savings Account*), cuja legislação foi aprovada em 2004 através de um voto no congresso americano bastante controverso, que durou mais de três horas até ser totalizado. Nesta mesma legislação, foi aprovado dispositivo legal que impõe ao governo americano comprar qualquer medicamento pelo preço de varejo, mesmo que a quantidade comprada pelo governo seja na casa dos milhares ou milhões. Apesar de toda a controvérsia ligada à aprovação desta norma, o número e volume de contas de poupança de saúde têm crescido na casa dos 20 por cento ao ano nos Estados Unidos, atraindo principalmente jovens que não querem pagar altos prêmios por seguros de saúde privados altamente carregados por regulamentação e outros fatores não necessariamente ligados ao mercado americano apenas. Apesar de toda esta flexibilidade e diversidade de fontes pagadoras de saúde, os Estados Unidos ainda apresentam mais de 70 milhões de habitantes sem nenhuma espécie de cobertura de saúde.

Já o Canadá tem um sistema de saúde público universal de boa qualidade que cobre toda a sua população. Esse apresenta melhores índices de saúde para sua população, maior equidade de acesso e menores gastos *per capita* com saúde do que seu vizinho do sul. O regime universal do Canadá está aberto a residentes estrangeiros que cumpram alguns requerimentos bastante razoáveis. Porém, a cobertura é básica e menor do que a conferida aos seus cidadãos. Finalmente, os estrangeiros aposentados pelo sistema canadense, que retornam aos seus países de origem, recebem pensão, mas não têm direito à cobertura ou financiamento de saúde do governo.



O México tem sua rede pública de saúde centrada em três sistemas assistenciais: o primeiro segue o modelo parafiscal, e é voltado para o mercado formal de trabalho (setor privado) vinculado ao Instituto Mexicano de Seguridade Social (IMSS). O segundo, para os servidores públicos federais (ISSSTE) e o terceiro é o até então revolucionário seguro popular de saúde, financiado por recursos federais casados com recursos locais e prêmios pagos pelos cidadãos. O mercado foco é a população indigente e o trabalho informal, e o crescimento deste produto tem sido exponencial, obedecendo as melhores previsões do próprio governo federal. Outrossim, o México é um país em desenvolvimento e, como a maioria desses, deverá seguir apresentando fortes iniquidades em qualidade e em níveis de cobertura em saúde.

O México apresenta, em verdade, o problema clássico dos países exportadores de mão-de-obra: sua população, quando em idade apropriada para começar a trabalhar, atravessa a fronteira para os Estados Unidos, no chamado *youth drain*, ou “drenagem de jovens”. Estes trabalhadores contribuem para o sistema de saúde Americano e voltam para o México, em idade avançada, precisando de muita atenção à saúde. O custo destes procedimentos vai para o sistema de saúde mexicano, porque, como visto antes, é pouco provável que uma pessoa idosa consiga contratar seguros privados a um custo razoável. Desta forma, o sistema de saúde público do México acaba sobrecarregado com custos de pessoas que não contribuíram para receber esta atenção médica. Isto gera um fosso tremendo nas contas de países como o México, que tentam solucionar o problema vendendo cobertura médica para a população no lado americano da fronteira. O prêmio para um mexicano com mais de sessenta anos é de US\$ 256 por ano, bastante competitivo, especialmente se comparado aos custos nos EUA, onde o prêmio mensal de seguro privado facilmente poderia superar este valor. Esta solução, que depende de maiores níveis de adesão da população mexicana, ainda é injusta a favor dos EUA, simplesmente porque os mexicanos que se aposentam nos EUA não podem voltar ao México com cobertura do Medicare, para o qual pagaram pelo período necessário.

Um dos grandes dilemas sociais do NAFTA é a migração de trabalho na fronteira México-EUA. A população de origem latino-americana representa 12% da população norte-americana, sendo a maior minoria do país, seguida da população afro-americana. Nos EUA residem mais de 25 milhões de pessoas de origem mexicana, das quais pelo menos um terço nasceu no México. As remessas enviadas por residentes mexicanos (permanentes ou temporários) correspondem à maior fonte de divisas externas da economia mexicana, ou cerca de US\$ 53 bilhões em 2005. Esta população conta com quase nenhuma proteção de saúde, principalmente se comparada à média da população norte-americana. Os dados de 2001 mostram que somente 46% da população de origem mexicana residente nos EUA tinham cobertura de seguro de saúde, comparada com uma média de 86% do total da população. Para resolver esses problemas, várias medidas vêm sendo tomadas.

A primeira foi a criação um seguro voluntário para afiliar pessoas de origem mexicana residente nos EUA ao IMSS. Dado o custo envolvido, esse seguro, até 2000, não havia afiliado mais de 3 mil titulares e 10 mil dependentes. Assim, uma tentativa mais definitiva de melhorar as



condições de saúde dos mexicanos nos EUA veio no final dos anos 90, com o estabelecimento da Comissão México-EUA, para atender aos problemas de saúde na fronteira (o lado americano apresenta indicadores de saúde, em grande medida, piores que o lado mexicano). O objetivo é diagnosticar as necessidades e monitorar os problemas de saúde na fronteira. A partir deste diagnóstico, o próximo passo é proporcionar apoios financeiros, técnicos ou administrativos para as instituições públicas e filantrópicas, que têm experiência em cuidar destas situações. Outro objetivo é a prevenção de epidemias, dado que esta região não tem muitos recursos e necessita de campanhas de educação e prevenção típicas de terceiro mundo, as quais já foram desativadas na vigilância sanitária do governo norte-americano.

Outros objetivos e prioridades explícitas dos países na região são:

- a) *Do lado mexicano*: reduzir em 5% a população sem acesso à atenção médica; reduzir a mortalidade por câncer cervical uterino em 20%; reduzir mortalidade por diabetes em 10%; reduzir a proporção de casas não conectadas a sistemas de fossas ou drenos; manter o nível de AIDS aos mesmos existentes no ano 2000; melhorar os indicadores de saúde materno-infantil, saúde mental, vacinação e de resultado dos programas de saúde pública; e
- b) *Do lado norte-americano*: reduzir em 25% a população sem acesso a serviços de saúde; reduzir câncer cervical uterino em 30%; reduzir mortalidade por diabetes em 20%; universalizar o acesso a esgoto e reduzir a incidência de AIDS em 50%.

Parece que a população dos dois lados da fronteira tem carências semelhantes, daí a agenda em conjunto. Todavia, o ponto de inflexão de cada país é diferente. Os Estados Unidos têm interesse em combater a AIDS, enquanto o México quer universalizar a atenção médica, com metas pontuais mais modestas do que aquele país. A conclusão que se chega quando é examinada a questão da reciprocidade de saúde no Nafta é bastante clara: apesar de o NAFTA ter várias vantagens sobre a União Européia, que sugeririam maior facilidade de integração econômica e de reciprocidade de sistemas de saúde, quando se observa o tamanho do mercado consumidor, e sua expectativa de crescimento, volume do PIB, avanço tecnológico geral, expectativa de crescimento populacional e de crescimento econômico, número de trabalhadores ativos em outro país que o de origem e até extensão territorial do mercado comum, a desigualdade em níveis de desenvolvimento se torna uma barreira intransponível à integração. Em outras palavras: olhando friamente a potencialidade dos mercados, deveria ser muito fácil e racional ocorrer uma integração total de mercados, países, com livre fluxo legal de trabalhadores devidamente equipados com sua proteção social de saúde e de pensões. Porém, a desigualdade de níveis de desenvolvimento, além das peculiaridades de cada sistema de saúde, incomunicáveis com o de seus vizinhos, não permite que a reciprocidade de sistemas de saúde ocorra, nem um maior avanço dos demais direitos sociais.

5.3. Perspectivas para o Mercosul

O Mercosul é um mercado comum que se comporta de acordo com a expansão ou crise financeira da economia de seus cinco membros (Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai e Venezuela) e dois observadores



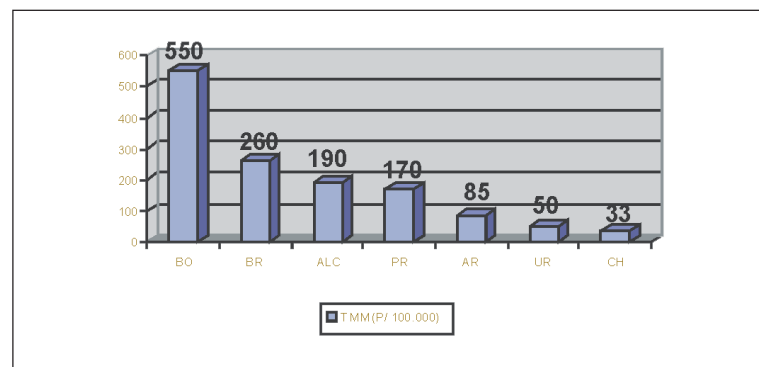
(Chile e Bolívia). A solidariedade e as alianças econômicas se enfraquecem ou se fortalecem de acordo com as crises da região. A integração da saúde tem sido assunto discutido e progressivamente normalizado na seara administrativa e técnica dos países. Até 2003, existiam 274 registros de legislação cuidando do tema saúde no compêndio legislativo deste mercado. A maioria dos regulamentos trata mais de questões relacionadas à vigilância sanitária e à inspeção e padronização de produtos sanitários do que de temas associados à produção e registro de medicamentos, integração e reciprocidade dos serviços a serem prestados mutuamente para cidadãos dos países-membro.

Tabela 3 – Gastos Públicos em Saúde como % do PIB nos Países do Mercosul

Países	1995	2000
AR	5.0	4.7
BO	2.9	4.9
BR	3.1	3.4
CH	2.4	3.1
PR	2.1	3.0
UR	4.6	5.1

Os sistemas de saúde dos 6 países envolvidos, além de serem bastante distintos quanto à organização e financiamento (Argentina, Uruguai e Bolívia comprometem mais o gasto público com saúde que os demais), apresentam níveis muito discrepantes de cobertura, equidade (ver taxas de mortalidade materna, apresentadas no Gráfico 1).

Gráfico 1 – Taxas de Mortalidade Materna nos países do Mercosul



Apesar de não haver nenhum tratado de reciprocidade de proteção à saúde, ou portabilidade de seguros privados, a saúde pública nacional atende casos de emergência para estrangeiros. Tendo em vista as



discrepâncias de níveis de financiamento de saúde, podem vir a ocorrer desequilíbrios na ausência de regulação internacional. Além disso, algumas medidas unilaterais para aumentar a equidade vêm sendo tomadas em regiões de fronteira. O governo brasileiro distribuiu vacinas contra a febre-amarela na Bolívia, e exige em contra-partida que a população daquele país apresente atestado de vacinação quando visite o Brasil. Da mesma forma, o governo vem se esforçando para regularizar a atenção médica na região da tríplice fronteira (Argentina, Paraguai e Brasil), onde os riscos de transmissão de enfermidades transmissíveis e bioterrorismo são maiores pela presença de muitos estrangeiros. Mesmo com poucos recursos, a integração ocorre pela solidariedade.

Porém, a integração dos mercados de produtos, insumos, serviços e trabalho no campo da saúde está ainda longe de acontecer, necessitando que se avance em uma série de diagnósticos que, até o momento, não existem. Neste particular seriam necessários estudos de política industrial que procurem descrever o funcionamento do complexo produtivo da saúde, buscando caracterizar as complementaridades, superposições e vantagens comparativas para cada país em seus distintos segmentos de mercado. Seria importante também um maior desenvolvimento de planos nacionais de contas de saúde, para que as políticas de saúde fossem mais acertadas, e que se pudessem identificar onde cada país pode ajudar o outro de forma mais eficiente. O desenvolvimento dos mercados de seguro-saúde privado também pode auxiliar numa maior reciprocidade efetiva em termos de profissionais com nível educacional e econômico para tentar trabalhar em outros países, transferindo culturas, experiências, e ajudando o bloco a se desenvolver mais rápido.

Por fim, importante notar que nem sempre a reciprocidade em saúde, que já foi vista como elemento fundamental do fortalecimento do mercado de trabalho e pré-condição para a integração do bloco econômico, precisa ser implementada por meio de projetos da área de saúde. O Mercosul, num movimento muito corajoso do ponto de vista social, permite uma quase absoluta fluidez de trabalho, apenas comparável à Comunidade Européia. Desde 2004 na Argentina, e desde 2006 no Brasil, todos os cidadãos do Mercosul podem trabalhar no país que quiserem, e obviamente usufruir do sistema de saúde pública ou contratar seguros privados nestes lugares. O direito de trabalho regularizado, com equiparação de direitos entre estrangeiros e nacionais dentro de um mesmo bloco, é um passo importante para o fortalecimento do bloco como um todo e, incidentalmente, da reciprocidade em saúde como um fim em si mesmo.

5.4. Benefícios e riscos da integração econômica

Os benefícios da integração econômica são mais visíveis ao longo prazo, mas podem vir a ser colhidos em curto prazo. Por exemplo, medidas sanitárias comuns que aumentam o controle de enfermidades transmissíveis e a prevenção de doenças crônicas são rapidamente visíveis. Independentemente da reciprocidade entre cidadãos, as campanhas sanitárias desenvolvidas conjuntamente entre países ajudam a erradicar doenças de regiões que não se limitam às fronteiras geopolíticas. Aumenta-se a equidade em saúde pela proteção de serviços básicos e medicamentos essenciais comprados em grande volume, por listas comuns de países de um bloco, para incentivar a



produção local, cada país produzindo de acordo com sua máxima eficiência comparativa. Assim, passa-se não só a produzir bens e serviços locais, mas também a vendê-los para outros blocos comerciais internacionais, de forma coordenada, gerando efeitos positivos nas taxas de crescimento econômico de uma determinada região ou continente.

Todavia, pressionar investimentos em saúde com ajuda bilateral e multilateral sem planos orçamentários sustentáveis de financiamento a longo prazo, especialmente nos países mais pobres, pode levar ao desperdício de iniciativas e a volta a parâmetros anteriores de produção. Existe o risco do *brain drain*, ou seja: a melhoria da qualificação dos profissionais de saúde de um país sem a correspondente melhora na remuneração leva à migração internacional de trabalhadores qualificados. A drenagem de cérebros (*brain drain*) pode acarretar numa diminuição da classe mais educada nos países menos desenvolvidos, o que atrapalha mais ainda as chances de desenvolvimento e a qualidade de saúde como um todo num país ou num bloco, como o Mercosul, por exemplo, que assiste um *brain drain* rigoroso de médicos uruguaios rumo à Europa e aos EUA. O risco de concentração de mercados em áreas de maior rentabilidade poderá gerar perdas para os mais pobres, aumentando a desigualdade interna entre os países. Serviços de saúde são cada vez mais comercializáveis, e melhores condições nos países ricos, com flexibilidade para rápidas transferências de capital, sem um adequado sistema de regulação e correção de assimetrias, podem gerar um depauperamento de instituições já instaladas em países pobres.

Embora as condições para o crescimento e internacionalização dos mercados de saúde e para a integração destes mercados em blocos econômicos tivessem sido favorável nos anos noventa, pairam sérias dúvidas sobre a continuidade da dinâmica desse processo no início do novo milênio. A conjuntura internacional, após os incidentes de setembro de 2001, tem tido fortes impactos na retração dos investimentos globais e na continuidade dos processos de integração comercial, especialmente no que se refere à relação Norte-Sul. Isto afeta mais fortemente os setores de serviços de saúde, onde os riscos associados aos investimentos dependem fortemente da expansão dos níveis de renda e de sua melhor distribuição. Nesta perspectiva, as promessas de integração dos mercados de saúde em blocos econômicos poderão ter que esperar um pouco mais para se tornarem realidade.

No entanto, a mensagem deste estudo é uma mensagem de otimismo. Entre os avanços na reciprocidade que a comunidade européia conseguiu implementar com sua igualdade social em mais de trinta países, e os obstáculos com os quais o NAFTA se debate, com seus três países em diversos estágios de desenvolvimento, encontra-se o Mercosul, com poucos recursos, muita solidariedade e a capacidade de criar tolerância e reciprocidade, mesmo onde todo o resto parece faltar.

6. Referências bibliográficas

ARROW, K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. **The American Economic Review**, v. 3, n. 5, dec. 1963.



BESLEY, T.; GHATAK, M. **Public goods and economics development**. London: London School of Economics, 2003. Mimeo.

BIASOTO Jr., G. **Portabilidade**: avaliação exploratória das principais potencialidades e dificuldades. Campinas: UNICAMP, 2003. Mimeo.

CASTRO, C. M.; MUSGROVE, P. **On the nonexistence of the social sector or why education and health are more different than alike**. Washington (DC): Inter American Development Bank Discussion Paper, 2000.

COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITY. **Communication from the commission concerning the introduction of a European health insurance card**. Brussels, 2003. Mimeo.

DEVLIN, R.; CASTRO, L. **Regional banks and regionalism**: a new frontier for development financing. Buenos Aires: INTAL, ITD, STA, 2002 (Working Paper, oct. nº 13).

DOBBS, L. Coming up empty. **U.S. News & World Report**, Washington (DC), jan. 26, 2004.

DRAIBE, S. **Mercosur**: la temática social de la integración desde la perspectiva internacional. Montevideo: Ed. CEFIR, 1998. Mimeo.

GADELHA, C.A. **O complexo da saúde**: estrutura, dinâmica e articulação da política industrial e tecnológica com a política de saúde. Campinas: UNICAMP, 2002. Mimeo.

HOLZMANN, R.; KOETTL, J.; CHERNETSKY, T.; **Portability regimes of pension and healthcare benefits for international migrants**: an analysis of Issues and good practices. Prepared for the Global Commission of International Migration, prepared the Human Development Division of the World Bank.

MEXICO. Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2001-2006. **Programa Nacional de Salud 2001-2006**: la democratización de la salud en México: hacia un sistema universal de salud. Mexico: Ed. IMSS, Secretaria de Salud y ISSSTE, 2001.

MUSGROVE, P. Public expenditure on health care: how are different criteria related. **Health Policy**, v. 47, p. 207-233, 1999.

PEARCE, D. (Ed.). **The MIT dictionary of modern economics**. Fourth Ed. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 1999.

REDDING, S. J.; VENABLES, A. J. **Economic geography and international inequality**. London: London School of Economics, Sept. 2000. Mimeo.

UNDP. **Global public goods**: a key to achieve the millennium development goals. New York: Ed. UNDP, oct. 2003. Draft Discussion Document.