

A RESPONSABILIDADE DOS GOVERNOS MUNDIAIS PERANTE A SAÚDE PÚBLICA DE SUAS POPULAÇÕES

María del Rocío Sáenz Madrigal

Quando fui convidada a participar com o presente artigo, em primeiro lugar quis compartilhar uma visão do desenvolvimento do sistema de saúde costa-riquenho, baseado na minha experiência no setor público como médica, mestre em Saúde Pública, e como docente e com experiência em situações de emergência e catástrofes na América Latina, especialmente na América Central, e finalmente nos últimos quatro anos, como ministra da Saúde.

Assim, proponho uma passada rápida pelos antecedentes e situação do sistema de saúde costa-riquenho, que inclui o conceito de saúde-doença e os aspectos históricos do desenvolvimento do sistema de saúde costa-riquenho, que permitirão mostrar o compromisso ético dos costa-riquenhos na construção de uma sociedade mais justa, equitativa e saudável; aposta humanista que espero lhes motive a enriquecer a gestão integral das políticas do desenvolvimento (Kliksberg, 2003; Sacks, 2002). No segundo segmento, apresento algumas lições aprendidas de uma perspectiva da governabilidade, recursos e riscos globais. No terceiro segmento, apresento alguns desafios para a elaboração de políticas públicas com menção aos desafios para os legisladores no século XXI e depois concluo com o papel internacional. Espero que este primeiro esforço em sistematizar a experiência pessoal possa servir para incitar outras pessoas, quer em espaços políticos, acadêmicos e da sociedade civil, a aprofundar-se sobre os desafios na construção da cidadania, democracia, justiça e paz social.

A responsabilidade dos governos mundiais perante a saúde pública de suas populações é, sem dúvida, um desafio de primeira ordem. Na segunda parte deste artigo, realizarei uma revisão histórico-normativa e também empírica do desenvolvimento do sistema de saúde costa-riquenho. Minha intenção é conseguir evidenciar que os resultados em termos de saúde requerem de ações continuadas, compromissos de Estado e de defesa, luta e

contribuições por parte dos cidadãos e, é claro, é importante que se reconheça que os êxitos não são por geração espontânea, mas que a ação se faz necessária para a construção de sociedades mais justas e eqüitativas.

I. Antecedentes e situação atual do sistema de saúde costa-riquenho

A. A saúde como bem-estar e o direito à saúde

Quando, em 2005, a OMS relançou o conceito de saúde como bem-estar e direito e este foi aprovado na Assembléia Mundial da Saúde de 2003, a estratégia de atenção primária foi renovada para o século XXI.

A saúde é um tema social, econômico e político, mas sobretudo, um direito fundamental. A desigualdade, a pobreza, a exploração, a violência e a injustiça estão na origem da falta de saúde e da mortalidade dos grupos vulneráveis. Os enfoques para melhorar a saúde devem abordar de maneira integrada seus múltiplos determinantes (OMS).

Considera-se uma revisão dos princípios e dos valores de como os cidadãos e os governos se empenham para ser saudáveis, e não apenas não estar doentes, sendo necessária uma abordagem dos macrodeterminantes sociais da saúde (Frenk, 2004). Essa resolução reconhece a importância de uma economia saudável, em que a geração da riqueza e sua distribuição, por meio de empregos justos, a garantia de recursos para educação e a melhoria da infraestrutura condicionam e determinam a situação de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades, sem deixar de lado a responsabilidade dos diversos grupos na construção da própria saúde, tanto individual como coletiva.

No caso da Costa Rica, em 1994, examinou-se conceitualmente o processo saúde-doença e definiu-se saúde como produto social, em que é necessário abordar os determinantes biológicos, sociais, econômicos e ambientais, reconhecendo-se que para o desenvolvimento, implementação e avaliação das políticas de saúde faz-se necessário um trabalho intersetorial e interdisciplinar.

O novo conceito de saúde moldou o sistema de saúde, por um lado legando para o Ministério da Saúde uma função gestora, isto é, a expressão de um Estado regulador em matéria de saúde e, por outro, legando à previdência social uma função prestadora, isto é, a função operacional. No caso do Ministério da Saúde, foram identificadas quatro funções estratégicas: (1) direção e condução, (2)

regulamentação, (3) vigilância sanitária e, por último, (4) pesquisa e desenvolvimento tecnológicos. Essas funções são expressas na estrutura organizacional e funcional vigente. No caso da Previdência Social, ocorreram avanços relacionados à lei de descentralização administrativa, criação das comissões de saúde e fortalecimento do modelo de atenção readequado, bem como na elaboração dos compromissos de gestão. As mudanças mencionadas acima podem ser analisadas em maior profundidade nos informes institucionais e nos relatórios de execução dos empréstimos concedidos ao país pelo Banco Mundial.

Em 2004, quando foi feito o relançamento da atenção primária em saúde, já havia se passado mais de seis anos da reforma setorial no país. De um lado era preciso enfrentar o desafio de ter aumentado a cobertura dos serviços básicos, com a conseqüente saturação de alguns serviços, dado o atraso na construção de uma nova infra-estrutura que atendesse a essas necessidades detectadas no nível primário; e por outro, se encontrava o Ministério da Saúde que havia transferido recursos humanos para a atenção direta e para a consolidação da sua estrutura funcional, que haviam tido um desenvolvimento fraco, com uma estrutura jurídica ainda insuficiente, com recursos humanos dispostos a assumir o desafio da gestão em saúde.

O propósito primordial de um enfoque de direito na política pública é promover uma visão de desenvolvimento institucional centrado nas pessoas como sujeitos sociais, sendo necessário reconhecer seus direitos específicos. Cabe mencionar que, quando me refiro ao conceito de sujeito social, não me refiro às pessoas individualmente, mas a coletividades específicas que têm uma série de elementos comuns, quer sejam interesses, necessidades, perspectivas e discursos, que lhes permitem construir uma identidade particular.

A elaboração de políticas públicas atende a desigualdades específicas e constitui um complemento excelente das políticas de saúde universais. Para garantir a igualdade, como citado anteriormente, é preciso aperfeiçoar a informação disponível e estimular a participação dos setores sociais excluídos na avaliação dos serviços de saúde que recebem.

Assim, a elaboração de uma política pública é algo mais que ações emanadas pela autoridade para responder a determinadas situações problemáticas. Implica na interação de vários atores, fatores e agentes econômicos, sociais, políticos e, em geral, deve ser discutida em diferentes esferas da sociedade. Exige uma

redefinição do papel tradicional do Estado, em que as decisões são tomadas nas altas esferas do governo à margem de outros atores que representam determinadas posições e interesses.

B. Elaboração de políticas públicas: desenvolvimento do sistema de saúde na Costa Rica

Na Costa Rica, a partir do Estado Liberal do século XIX, a nação atuou para aumentar a autoridade pública no caminho seguido pela justiça social – sem enfraquecer a liberdade ou a propriedade. A partir do final do século XIX e, especialmente, no início da década de quarenta do século passado, ficou bastante claro que o direito à saúde se fundamenta na defesa do direito à educação, trabalho, moradia digna, alimentação, vestuário adequado e acesso oportuno aos serviços de saúde. Nossos dirigentes interpretaram muito bem a integridade da atenção em saúde e estabeleceram medidas para que as gerações futuras de costa-riquenhos alcancem uma vida digna e, portanto, saudável.

Foram criadas leis e instituições para a proteção dos acidentes de trabalho e um código de trabalho; garantias sociais, higiene industrial, importação oficial de grãos e controle de seus preços, imposto sobre a renda, jornada máxima de trabalho, conselho de habitação (casas baratas), conselhos rurais de crédito, lei contra a usura; monopólios da emissão monetária, da gasolina, telefonia e telefonia sem fio, dos seguros; proteção a mães e crianças, merenda para crianças que freqüentam a escola, centros integrais de atendimento à infância, salários mínimos e seguro social obrigatório.

A legislação social na Costa Rica é a culminação de um processo histórico e social que se cristalizou nos anos quarenta. A Previdência Social, inicialmente concebida em um sentido *bismarkiano* de proteção aos trabalhadores, logo se estendeu às famílias e, em 1961, 20 anos depois de seu nascimento, aprovou-se a Lei de Universalização da Previdência Social, e deu-se 10 anos de prazo à Previdência Social para sua concretização. Podemos afirmar que este passo confirma uma das maiores transformações do sistema de saúde costa-riquenho que primeiro se estabelece pela Lei e é se concretiza nos anos setenta com a formação de um verdadeiro sistema de previdência social no país.

C. Costa Rica e a ética pública: saúde para todos

A partir dos anos cinquenta foi adotado um novo modelo de desenvolvimento no contexto internacional de importações. Na década de 70, o PIB cresceu com aumento da participação do setor da saúde, passando de 5,1% em 1970, para 7,6% em 1980. Nesse contexto foi desenvolvida uma política de Estado, que teve um caráter integral dentro da concepção de “luta contra a pobreza” e que foi desenvolvido na estrutura de um Plano Nacional de Saúde que foi construída com base em um conjunto de premissas básicas: (a) a atenção à saúde é um direito da população, (b) o Estado tem responsabilidade pela saúde do povo, (c) a atenção à saúde deve ser integral, (d) deve existir integração dos serviços preventivos com os de recuperação, (e) deve existir regionalização dos serviços, para melhorar a oferta e a cobertura das prestações ao público; e (f) deve-se dar preferência à atenção ambulatorial.

Foram elaboradas duas estratégias básicas: a universalização da Previdência Social; e a extensão da cobertura dos serviços a populações rurais dispersas e urbanas marginalizadas.

Nos anos setenta, para evitar duplicações, é realizada a transferência dos hospitais do Ministério da Saúde para a CCSS (Caja Costarricense de Seguro Social), são criadas por lei novas formas de seguro para abranger as populações que por sua inserção precária no setor de emprego formal não podiam ser beneficiárias pelas formas tradicionais de acesso ao sistema. Estas novas formas passam a vigorar durante a grave crise econômica enfrentada pelo país nos anos oitenta e são segurados por conta do Estado e por convênios especiais, dirigidos à proteção social em saúde dos grupos populacionais em maior desvantagem. Isto permitiu a extensão da cobertura de seguro de 42% da população em 1968 a 84% em 1990, e a garantia do acesso de toda a população a qualquer escalão de complexidade da rede de serviços públicos.

Em princípios da década de oitenta, o país e o sistema de saúde enfrentam uma das crises econômicas mais severas de sua história.

Alguns dados bastam para compreender a magnitude daquela crise. A produção, que havia crescido a uma taxa média anual de 6% durante os trinta anos anteriores caiu 10% entre 1980 e 1982. O desemprego, que tradicionalmente ficava abaixo de 5%, quase triplicou ao superar 14%. A inflação ultrapassou 90% em 1982. Os salários perderam 40% de seu poder aquisitivo. O gasto social caiu drasticamente, passando de 23% do PIB em 1980 para apenas 16% do reduzido PIB de 1982. A pobreza praticamente duplicou como resultado disso,

de maneira tal que, em 1982, à semelhança de trinta anos antes, mais da metade da população costa-riquenha estava vivendo abaixo da linha da pobreza (Garnier e Fidalgo: 1991).

O setor da saúde enfrentou esta crise com esforços de estabilização financeira que buscavam evitar a quebra do sistema de previdência social, mas sem provocar uma deterioração nos avanços para a universalidade dos anos anteriores. Foi a época da “integração dos serviços de saúde” entre o Ministério da Saúde e a CCSS entre 1982 e 1986, período em que se tentou reduzir as duplicidades de atenção no nível ambulatorial e é o período que assinala o início da intervenção do CCSS nas atividades de prevenção e de saúde pública.

A Costa Rica desenvolveu um sistema público, que diversos estudos assinalam como um dos instrumentos que permitiram alcançar um alto desenvolvimento humano com uma economia de país subdesenvolvido. É um sistema universal, eqüitativo e solidário, construído em torno de um grande desenvolvimento da saúde pública e um esquema de previdência social peculiar, que cria a obrigação da afiliação da população trabalhadora e protege grupos vulneráveis por meio da afiliação pelo Estado e outras formas para universalizar sua cobertura.

Os resultados da política social e de saúde seguidas pelo país a partir dos anos setenta permitiram a redução da natalidade, mortalidade global e infantil e o aumento da expectativa de vida ao nascimento. Estes resultados foram paradigmáticos, diminuiu-se a mortalidade infantil de 61,5 por mil nascimentos, em 1970, a um índice de 13,6 por mil nascidos vivos em 1991 e a expectativa de vida aumentou de 65 anos, em 1970, a 75 anos em 1991.

D. Serviços qualidade, igualdade e solidariedade, o desafio da administração em saúde

Como assinala Leonardo Garnier (2005):

Com a crise mudaram algumas outras coisas. Em termos do ambiente internacional, o mundo passou da época do desenvolvimentismo nacionalista e o Estado benfeitor – em certo sentido protegidos pela guerra fria – à época do ‘consenso de Washington’ que, superada a guerra fria, se assentava bem mais na realidade da globalização e da retórica do globalismo (Beck:1998) para impulsionar um conjunto de reformas dirigidas à abertura, liberalização, políticas de desregulamentação e privatização das economias, sob a suposição – aparentemente econômica, mas mais ideológica – de que as causas, tanto da crise

A responsabilidade dos governos mundiais perante a saúde pública

como do baixo rendimento das economias nacionais, estavam todas vinculadas aos excessos do intervencionismo estatal das décadas precedentes.

Na Costa Rica, a reforma do setor da saúde, iniciada em 1994, tentou melhorar a qualidade e a oportunidade do acesso a toda a população. Ao contrário de outros processos de reforma na América Latina, esta fortalecia o planejamento, financiamento e provisão pública (direta ou indireta) dos serviços. Dez anos depois de seu início, a cobertura de seguro da população era de 88%, a taxa de mortalidade infantil havia diminuído para menos de 10 (9,8 por mil nascidos vivos em 2005) e a expectativa de vida era de mais de 80 anos. Deste ponto de vista, a reforma estabelecida e desenvolvida “ao estilo costa-riquenho” foi um êxito e põe o sistema de saúde costa-riquenho entre os de desempenho mais elevado.

O êxito em termos da saúde pública leva indispensavelmente à necessidade de enfrentar problemas emergentes e que constituem desafios para o futuro. Citando Juliana Martínez (2005), pesquisadora que documentou os efeitos da reforma em saúde.

Na década de 90, a *Caja* deixou de investir em serviços e equipamento próprio; executou uma política de expansão da contratação privada de serviços apesar de não dispor de um sistema de contabilidade de custos atualizado que lhe permitisse comparar seus resultados com os custos dos serviços privados contratados (Ferreiro e Durán, 2001). Quando houve estimativas, a compra de serviços privados era sistematicamente mais cara que a prestação direta dos serviços (Assembléia Legislativa, 2001) ... a qualidade dos serviços privados prestados por meio da Previdência Social deixou muito a desejar e, em geral, só foram avaliados quando havia denúncias ou acidentes.

Neste contexto, observou-se um crescimento do gasto privado em saúde (Acunha; Picado, 2003) que passou de 23%, em 1991, a 30%, em 2001, mesmo que principalmente verificado pelos quintis de maior renda: 58,2% no quintil de maior renda, enquanto que só 2,4% do total do gasto privado no quintil da população mais pobre. Este gasto era dirigido principalmente às consultas ambulatoriais médicas e odontológicas, à compra de medicamentos e à realização de exames de laboratório e em consultório. Os quintis altos e médio-altos de renda resolviam suas necessidades de atenção por meio do pagamento direto por conta própria, enquanto que o restante dos setores médios e baixos esperava por uma oportunidade de atenção nos serviços públicos.

O Ministério da Saúde, por meio da habilitação dos serviços de saúde, realizou a avaliação das normas estruturais de um piso básico

de atenção de todos os hospitais públicos do país durante os anos 2004 e 2005. Os resultados assinalam deficiências importantes na estrutura física, mas especialmente problemas na alocação de recursos humanos diretamente relacionados com a atenção direta. Existe sobrecarga de funções e sobrecarga de trabalho; situação que repercute negativamente na motivação e no desempenho do pessoal. Apesar destes e de outros problemas detectados, é preciso assinalar que a setorização contribuiu significativamente para a melhoria do acesso aos serviços pelas populações de maior risco.

Neste contexto, é necessário discutir estes problemas e, como país, iniciar uma discussão que não se restrinja a critérios atuariais ou meramente tecnocráticos pois, por ter sérias conseqüências na saúde e bem-estar dos costa-riquenhos, esta discussão deve ser eminentemente política e democrática. Ainda assim, a elaboração de uma agenda para a saúde com o setor privado, prestador de serviços, que parta do reconhecimento do caráter comercial destes, e possam prevalecer os padrões éticos de acesso, universalidade, igualdade e qualidade. Cabe mencionar que esta discussão teve três momentos importantes: um convocado por uma organização não-governamental em virtude da campanha política para as eleições presidenciais, outro convocado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Ministério da Saúde e o Estado da Nação, entre outros, e o último organizado pela Academia de Medicina sobre os Desafios da Previdência Social na Costa Rica (Academia de Medicina, Costa Rica, 2006). No entanto, estou convencida de que é preciso uma maior análise por parte dos cidadãos.

E. Direitos coletivos e sustentabilidade financeira, desafio e oportunidades

Ao se analisar a evolução de alguns países da América Latina depois das reformas de Estado que começaram em finais dos anos oitenta e na década de 90 do século passado, surge um fato dominante: a abertura de suas economias coincidiu com uma redução do encargo do Estado e do sistema de previdência social (Rodrik, 1998). Assim, ainda que por um lado aumentava o grau de exposição destas economias a “choques” externos, ao mesmo tempo diminuía o nível de garantia coletiva oferecida pela democracia.

Os resultados na América Latina destas políticas em países com maior grau de tolerância para desigualdades que o indicado na história da Costa Rica – os valores sociais são determinantes – são que o crescimento da insegurança econômica implica em risco de diminuir a aderência das populações à democracia e, portanto,

levam ao julgamento do regime político e do sistema econômico e são inúmeros os exemplos destas reações.

O direito à saúde e sua satisfação é tradicionalmente um princípio de alta coesão social. Nada move mais a consciência cidadã que as desigualdades diante da doença e da morte. Em um momento de crise, de possíveis mudanças no sistema de saúde, devemos apelar à solidariedade tradicional da população e exigir a intervenção de um Estado mais participativo para seu fortalecimento.

Além disso, não há nenhuma evidência que sustente a idéia de que a busca da coesão social – entendida como uma condição necessária para a perpetuação dos sistemas sociais diante dos desafios do multiculturalismo de seus agentes, concentração dos recursos, exclusão de indivíduos e desigualdade entre eles – seja um obstáculo para a eficácia econômica. Pelo contrário, em toda parte, a democracia soube impor instituições de solidariedade. E as sociedades mais solidárias estão longe de ser as que obtêm resultados menores.

No contexto da globalização, a abertura dos países aos intercâmbios internacionais, à parte de considerações ideológicas, pode ou não ser uma ameaça. As sociedades que são capazes de planejar, executar e avaliar medidas específicas para prevenir os efeitos negativos e potencializar as oportunidades resultantes de intercâmbios de bens, serviços e grupos populacionais, são as que têm conseguido avançar no desenvolvimento humano. As lições aprendidas são muitas e pôr o ser humano no centro do desenvolvimento, respeitando-se os recursos naturais e construindo cenários de paz e justiça social, é o sonho e a meta dos governantes deste século. Certamente, essa é o objetivo da Declaração das Metas do Milênio. Em um sistema de saúde que depende das políticas de empregos, a incorporação das populações móveis à força de trabalho pelas diversas modalidades é uma necessidade por razão de direito, justiça e solidariedade, sem deixar de lado sua contribuição potencial à sustentabilidade financeira do sistema.

Stiglitz afirma que a política social deve ser guiada por quatro princípios básicos: universalidade, solidariedade, eficiência e integralidade – que nos últimos anos têm sido confundidos – ao se promover os instrumentos da focalização; critérios de equivalência entre contribuições e benefícios; descentralização e participação do setor privado, que suplantaram os princípios nas reformas do setor social. Os instrumentos devem estar sujeitos aos princípios, a

focalização deve ser visualizada como um instrumento para melhorar o acesso e a cobertura dos serviços e nunca como substituto da universalidade (Stiglitz, 1973).

Este enfoque de direitos cidadãos é compartilhado com enfoques contemporâneos sobre o desenvolvimento, como é a teoria do “desenvolvimento humano” (PNUD, 1994) ou do desenvolvimento como liberdade, de A. Sen (1999), cujos enfoques centram o objeto do desenvolvimento econômico no ser humano e não no ser humano em função do mercado; esta é a magnitude da discussão contemporânea.

De uma perspectiva mais prática, proponho-me no segmento seguinte repassar minha contribuição ao desenvolvimento de um sistema de saúde mais justo, mais equitativo e mais solidário. Espero, além disso, que consigam também identificar os desafios e os desafios do ponto de vista ético.

II. Algumas lições aprendidas

A. Reflexões sobre governabilidade

A elaboração de políticas públicas de saúde requer necessariamente uma análise da governabilidade existente ou que deveria existir; e para a qual devemos conhecer com profundidade a condição ou a situação que se deseja consolidar, mudar ou modificar e a sistematização das evidências científicas. Ter claro o rumo e a meta, uma organização básica – simples e eficiente – que como condição inelutável é o respeito à divergência, reconhecimento dos diversos interesses, capacidade de negociação e boa comunicação institucional e interpessoal; bem como a capacidade de cumprimento dos acordos e assumi-los com responsabilidade. A motivação depende, na maior parte das vezes, do acesso às informações disponíveis; sem se esquecer que a participação dos diversos grupos deve ser considerada desde o início, isto é, desde a identificação do problema, condição ou situação que desejamos intervir, já que disso dependem os resultados, que não são mais que a elaboração de políticas de saúde sustentáveis.

A representação de indivíduos e grupos públicos e privados, instituições, sociedade civil, meios de comunicação, acadêmicos e pesquisadores, bem como as visões locais, subnacionais, nacionais, regionais e globais são fundamentais tanto da parte dos que se beneficiam da política como daqueles que sentem, percebem e, de fato, têm seus interesses afetados, sem se esquecer dos que lideram

essa construção. A possibilidade de manter a aderência dos diversos atores sociais, como foi mencionado anteriormente, requer regras claras, acesso à informação e a possibilidade de expressar idéias e posições bem como de dissentir. Regras claras como “para onde vamos?”, “o que queremos?”, “o que esperamos?”, “quais são os instrumentos ou mecanismos disponíveis para assegurar um produto qualidade?”. Em outras palavras, o estabelecimento de termos de referência aos quais, como grupo, nos comprometemos.

Uma vez assumido o desafio, o líder do processo tem de ter claro que seu próprio desafio é conseguir identificar as necessidades dos diversos grupos, fazer uso das melhores ferramentas para a convocatória e desenvolver credibilidade no processo. Também contar com os recursos financeiros, técnicos, tecnológicos e logísticos sem se esquecer de deixar espaço para a criatividade. No contexto político, avaliar o capital político, isto é, qual é o grau de liberdade existente para propor temas estratégicos e mudanças comportamentos coletivos; e como se fosse pouco a elaboração das políticas de saúde, é preciso ser uma oportunidade para consolidar a liderança e não de desgaste pessoal, familiar, institucional e do governo. O processo de mensuração das funções essenciais em saúde pública (FESP) em nível nacional e subnacional oferece, do ponto de vista de gestão, uma avaliação qualitativa do desempenho do sistema de saúde, podendo se converter em uma oportunidade para fazer uma avaliação tática da competência de que o país dispõe para responder às diferentes necessidades, que requerem políticas, planos ou programas, sendo, sem dúvida, uma experiência positiva ao país.

O diálogo ativo, em condições de igualdade e permanente intercâmbio entre representantes de diferentes culturas, é fundamental para assegurar uma elaboração das políticas. De fato, em vários processos realizados pelo Ministério da Saúde, há um diálogo permanente com grupos sociais de outras culturas. Neste diálogo, devemos reunir os conhecimentos e práticas que sentimos como estranhos e compará-los com o que nos é próprio e, neste intercâmbio e encontro, estar abertos a gerar práticas e conhecimentos inovadores que sejam representados nas políticas, programas e projetos dirigidos a grupos específicos com necessidades específicas.

A análise das forças, sobretudo como estas forças são expressas, requer atenção e dedicação. Estas forças podem ser visíveis e expressar-se de maneira transparente ou, ao contrário,

serem amorfas, mas são suficientemente fortes para deter ou, o que é pior, mudar de meta. As forças podem também provir de indivíduos (pessoas que percebem um benefício ou preconceito), de grupos de pressão (trabalhadores, associações profissionais, sindicatos), de empresas (que vêm lesadas ou têm seus objetivos ameaçados) e dos meios de comunicação (que formam a opinião pública e vêm na controvérsia uma oportunidade de lucro), sem esquecer-se das resistências institucionais internas e externas. Enfim, essas forças algumas vezes se expressam como resistências como consequência de vaidades institucionais, pessoais, de gênero, intergeracionais e até ideológicas.

A elaboração de políticas específicas é um passo que muitas vezes penetra na expressão de resistências socioculturais: idéias, crenças e práticas. Entre as mais polêmicas, encontram-se as relacionadas à sexualidade, onde convergem crenças, teorias e práticas; bem como a realidade e a responsabilidade nos diversos níveis da sociedade. Este campo-sistema de saúde tem várias responsabilidades, sendo uma delas diminuir a disparidade de conhecimento e informação em saúde para que os indivíduos e os grupos tomem decisões informadas com base em suas próprias necessidades. O uso de preservativos, por exemplo, provocou diversas reações; algumas de ordem moral que impedem ou retardam que estes grupos e indivíduos consigam prevenir e evitar doença e morte como no caso da aids. Existem alternativas de proteção? Quem são os responsáveis? Onde começa e onde termina esta responsabilidade? São considerações morais ou religiosas que têm de prevalecer? Quais são os argumentos? Estes argumentos se encontram no plano racional ou no das crenças? Quem assume perante o coletivo a responsabilidade de avançar ou não em termos de saúde? Obter educação sexual desde a infância não é uma responsabilidade direta do setor da saúde, mas o setor pode esperar diante da ocorrência de casos e mortes potencialmente evitáveis?

Continuando com o tema da sexualidade, outro exemplo é a introdução de medicamentos para evitar a gravidez, posterior às relações sexuais. Nos últimos anos, este assunto chamou a atenção do público, acadêmicos, grupos religiosos, ginecologistas e grupos de defesa dos direitos. Neste sentido, é possível encontrar artigos, reportagens e sessões de discussão relacionados com os possíveis efeitos sobre a concepção. Alguns grupos se apóiam em crenças religiosas, outros em argumentos científicos e outros nos direitos de decisão das mulheres. Chama a atenção que, para a venda no país, qualquer medicamento requer um registro sanitário similar ao

utilizado em outros países, mas na prática, atualmente esse processo ainda não se iniciou e a controvérsia passa por momentos críticos e depois silêncios. As perguntas são: como surgem essas controvérsias? Quem tem a responsabilidade? Quem se beneficia desta situação e quem é prejudicado? Os grupos de mulheres e os que defendem os direitos continuarão com esta luta? O setor privado, os produtores e os distribuidores assumiram um papel socialmente responsável perante a sociedade?

B. Reflexões sobre os recursos

Ouve-se freqüentemente que são precisos mais recursos para manter as realizações e se enfrentar os novos desafios da saúde, e é assim. No entanto, obter um aumento de orçamento está diretamente relacionado à solidez dos argumentos para tal aumento e é preciso ser convincente sobre seu impacto. Tornar o impacto visível de forma concreta e convincente para os níveis estratégicos e para a população é uma prioridade. A redução da mortalidade, o aumento da cobertura, o aumento da longevidade para as próximas gerações e a melhoria da qualidade dos serviços são impactos de longo prazo, a alternativa, então, é o estabelecimento de indicadores intermediários que sejam potencialmente alcançáveis e percebidos como êxito por parte do pessoal da saúde e da população.

Na busca de novos recursos também surgem considerações políticas, estratégicas e éticas. As fontes de financiamento podem ser estruturais ou conjunturais. Mudanças estruturais, como o aumento do percentual de contribuições ou incorporação de novos grupos, são as ações mais sadias para o sistema, já que o endividamento deve ser suficientemente justificado para obras de infra-estrutura. O país dispõe de uma reforma fiscal que busca recursos extras para aumentar o investimento social, visto que a maior parte dos recursos se destina ao pagamento da dívida. No entanto, depois de cinco anos, ainda não foi possível aprová-la na Assembléia Legislativa. Quanto às mudanças conjunturais, pode-se identificar: (1) utilização de recursos ociosos; (2) mobilização de recursos dentro do mesmo setor; (3) melhoria na arrecadação; (4) participação de governos locais, (5) alianças estratégicas com universidades, grupos organizados e o setor privado; (6) apoio internacional; estratégias que, em realidade, são complementares, já que, por si só, nenhuma delas consegue corrigir a limitação de recursos. Um sistema solidário e universal como o costa-riquenho enfrenta desafios relacionados ao perfil de saúde-doença da população,

envelhecimento populacional, deficiências e custos da atenção, razão pela qual garantir a arrecadação e evitar atrasos, entre eles ao próprio Estado, são ações estratégicas permanentes.

Os recursos econômicos são uma condição necessária, mas não suficiente, para obter realizações em saúde, isto é, para diminuir a mortalidade infantil, manter as doenças transmissíveis controladas e enfrentar novos problemas de saúde; requer-se, além disso, instrumentos e mecanismos de eficiência, qualidade e civilidade dos serviços de saúde, bem como sistemas de mensuração do desempenho do sistema por parte dos cidadãos e transparência no uso das verbas públicas. Os esforços que se mostram eficientes são aqueles que, sem abandonar os objetivos de saúde, fazem uso adequado dos recursos disponíveis, seja estes recursos humanos, físicos, tecnológicos ou informáticos.

O planejamento, execução e avaliação dos instrumentos para melhorar a eficiência devem levar em conta que a diminuição dos custos baseados na redução do pessoal pode ser maléfico para a administração. Na gestão dos recursos humanos em saúde é indispensável levar em conta os aspectos de segurança, salários, compensações e incentivos, bem como mecanismos de regulamentação e reconhecimento, a fim de obter a colaboração e o compromisso em assuntos tão delicados para a população como prevenir ou recuperar a saúde.

Outro aspecto que gostaria de fazer uma menção especial é a distribuição dos recursos econômicos, tecnológicos, humanos e de infra-estrutura, com base nas necessidades em saúde dos diversos grupos populacionais, quer seja esta distribuição por faixas etárias, área geográfica, gênero ou etnia. Em várias publicações do Ministério da Saúde, com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde, e grupos técnicos nacionais, foi documentado que as populações indígenas têm uma expectativa de vida ao nascimento 20 anos menor que o restante da população (Ministério da Saúde, 2004) e também se documentou uma maior concentração dos recursos humanos estratégicos (médicos por habitantes) nas áreas urbanas que nas zonas de maior pobreza do país (27 médicos por 10 mil habitantes em área metropolitana comparado a 7 médicos por 10 mil habitantes respectivamente); carência de certas profissões e especialidades médicas. A busca de uma distribuição mais justa e equitativa dos recursos visa garantir que os benefícios sejam de acordo com as necessidades e particularidades culturais dos diferentes grupos sociais. Um princípio de igualdade baseado no respeito à diversidade e de acesso, entendido afora da

disponibilidade, como oportunidade, funcionalidade, distância-tempo, custos e aspectos socioculturais, está diretamente ligado à gestão dos recursos humanos em saúde.

Sobre o tema de recursos humanos, gostaria também de compartilhar a preocupação de estudantes, pais de família, setor da educação, setor da saúde e cidadãos em geral diante da carência de certos recursos estratégicos como anestesistas e a explosão de carreiras universitárias que não respondem às necessidades da população, nem do sistema de saúde, como as 17 carreiras universitárias públicas e privadas para a formação de psicólogos; 8 carreiras para a formação de médicos, 8 carreiras de enfermagem, entre outras, para um país com uma população total de 4,2 milhões de habitantes (OPAS-OMS, 2006, 2003) e que, ademais, a maioria prefere as zonas urbanas onde a oferta de trabalho é maior.

O sistema da saúde de Costa Rica tem, desde suas origens, princípios que orientam o trabalho institucional e social, como o da solidariedade. As orientações políticas, dirigidas para operacionalização, são uma das preocupações e ocupações dos legisladores. É fato que algumas das estratégias de êxito na Costa Rica e no mundo, como a atenção primária em saúde determinada na Declaração de Alma Ata e na última resolução da OMS, permitem uma vez mais consolidar os sistemas de saúde, já que dentro de suas estratégias se encontram o trabalho intersetorial e multidisciplinar, uso de tecnologia apropriada e participação da comunidade para consolidação dos princípios de solidariedade, isto é, como a sociedade se organiza para oferecer serviços de qualidade à população que habita o território nacional. Neste ponto, existe oportunidade novamente de revitalizar a atenção primária em saúde para buscar incansavelmente os programas e as estratégias para manter a população saudável, evitar doenças infecciosas, alcançar uma vida saudável, evitar mortes prematuras e diminuir deficiências.

Tal como mencionei na primeira parte deste artigo, os recursos econômicos apropriados para a atenção integral em saúde são uma limitação que existiram no passado e que, sem dúvida, prevalecerá; assim, é preciso buscar e identificar novos recursos, ser mais eficiente, mas, sobretudo, em termos de saúde, ser mais efetivo. Se os problemas de saúde de maior prevalência no país são os relacionados às doenças crônicas, câncer e acidentes, é importante como o sistema de saúde responde. Os orçamentos evidenciam essa prioridade; a prioridade é determinada de forma residual, são as autoridades de saúde que lutam e conseguem os recursos, ou estes

são obtidos em outra instância, cuja responsabilidade política é a estabilidade macroeconômica e não a saúde. Diante destas alternativas, as políticas têm de avançar, mas então, qual é o papel dos líderes de saúde? Em primeiro lugar, ser eficientes, efetivos e transparentes; em segundo, é preciso maior capacidade de negociação para se convencer que, a fim de se obter os resultados necessários, são precisos mais recursos e, ao não obtê-los, assumir a responsabilidade também perante do questionamento público.

C. Reflexões sobre riscos globais

Neste segmento pretendo abordar aspectos diversos como: as catástrofes naturais, a mobilização da população, as ameaças globais como a SARS e a gripe aviária.

Os eventos adversos ou catastróficos, cada vez mais frequentes e mais severos na região centro-americana, colocam também um ingrediente de complexidade na análise das necessidades em saúde das populações, as quais em muitas ocasiões, com grande esforço, conseguiram investimentos para o desenvolvimento e que em alguns segundos são perdidos, perdendo não apenas esta oportunidade, mas retrocedendo até 50 anos, como é o caso do furacão Mitch (OPAS, 2000).

As capacidades que o país tem de desenvolver vão além do sistema de saúde e da preparação para uma eventual catástrofe e estão relacionadas a evitar e diminuir as possibilidades de adoecer, sofrer lesões ou morrer como consequência de um evento natural; ultrapassar a fase de resposta e penetrar nos aspectos de redução da vulnerabilidade está ligado ao desenvolvimento humano, isto é, às pessoas e é um compromisso perante a sociedade. Uma sociedade que historicamente tem privilegiado educação, saúde, moradia digna, respeito à natureza, convivência pacífica e sem exército, também tem a possibilidade de construir um futuro menos vulnerável.

Em vários documentos da Estratégia Internacional para a Redução de Catástrofes Naturais, foi descrito que a vulnerabilidade às catástrofes naturais não está só relacionada à vulnerabilidade social com ou sem pobreza. Está relacionada às possibilidades reais de as populações localizadas em zonas de ameaça natural ou antrópica de estarem informadas, com capacidade de organização, possibilidade de mobilizar recursos, atuar sobre seu entorno comunitário. Neste sentido, a operação do sistema de saúde é interdependente dos outros setores da sociedade, portanto os programas e planos terão de ser integrais e integrados para não

duplicar esforços e evitar o desperdício de recursos. Como e quem aborda os aspectos éticos em situações de catástrofe? Há a construção de moradias e edifícios públicos em zonas de risco? As comunidades têm espaço para propor medidas corretivas?

Um segundo aspecto que desejo tratar nestas reflexões é a mobilização das pessoas e dos grupos humanos, por razões turísticas ou de exclusão social, uma vista rápida destes movimentos de pessoas poderia levar à conclusão de que eles não têm nada em comum, no entanto, ambos consomem bens e serviços específicos, e geram mudanças socioculturais, trabalhistas e comerciais. Ambos os fenômenos fazem com que as sociedades tenham de fazer leituras de seus próprios resultados e valores socioculturais, bem como das limitações identificadas para os próprios habitantes. O manejo destas duas realidades permitirá, sem a menor dúvida, sociedades mais tolerantes, mais justas e equitativas.

No caso da mobilização por razões turísticas, conseguiu-se documentar em diferentes países a necessidade de regulamentações restritas no uso dos recursos naturais, como o recurso hídrico e de proteção das bacias diante das diversas fontes de contaminação, proteção das praias e bosques, para citar alguns exemplos. Não são poucas as regulamentações para proteção dos valores socioculturais como o idioma, edifícios e patrimônio histórico; sem se esquecer das necessidades logísticas e de infra-estrutura que requer essa atividade econômica para operar satisfatoriamente. As possibilidades de modificação de padrões de consumo, como conseqüência da exposição a um modo de vida diferente, são expressas em mudanças na alimentação, vestuário, conforto e na própria realidade, isto é, as possibilidades ou não de me parecer com os demais e me aproximar culturalmente deles.

A atenção em saúde das necessidades dos grupos que se mobilizam como conseqüência da exclusão social requer adaptações específicas, bem como o reconhecimento por parte do país receptor da contribuição e dos direitos desses grupos. Estes movimentos podem ser internos em um país, em uma sub-região (como a centro-americana), em uma região, como a ida de latino-americanos para os Estados Unidos, ou intercontinentais, como a mobilização de populações da África e Equador para a Espanha. Um aspecto a que gostaria de me referir é a ausência de informação sobre o conceito de saúde, práticas e costumes que as pessoas levam a seus novos destinos e a maneira como estas realimentam os serviços de saúde e quais são as normas interpessoais aceitas ou não. Da perspectiva do país receptor, também surgem reações

diferentes, da alocação de recursos comunitários ou institucionais para a acolhida à deportação por falta de documentos; da incorporação ao mercado de trabalho à informalidade; da atenção integral ao desconhecimento destes direitos. Quais são as possibilidades de que os recém-chegados tenham cobertura dos benefícios que a sociedade receptora construiu ao longo de sua história? A resposta que um país desenvolvido precisa elaborar para a recepção de populações excluídas não é a mesma que deve ter um país em desenvolvimento? Quais seriam os requisitos mínimos que a sociedade internacional está disposta a pedir ao país expulsor?

Por outro lado, também surgem novas ameaças para as populações, como a SARS e a gripe aviária, os efeitos que produziram os casos de SARS no Canadá, China e outros países da Ásia ultrapassaram o sistema de saúde e também evidenciaram deficiências em diversos níveis governamentais. O alerta lançado pela Organização Mundial da Saúde sobre o risco de uma pandemia de gripe aviária também acrescentou à preocupação pública a necessidade de preparação diante de uma doença cuja agressividade ainda é desconhecida. No entanto, recursos têm sido alocados no âmbito mundial para a elaboração de vacinas, medicamentos, insumos médicos, profissionais de saúde têm sido capacitados assim como planos de resposta têm sido elaborados para os setores públicos e privado em nível nacional e regional. Algumas discussões ao redor deste tema centraram-se na concentração de recursos perante um risco que alguns percebem como longínquo enquanto os países em desenvolvimento não têm conseguido resolver os problemas das doenças transmissíveis e materno-infantis. No entanto, o setor da saúde tem de estar preparado e, ao mesmo tempo, gerir a informação disponível de tal maneira que a população possa ter acesso a informações oficiais. As possibilidades de gerar pânico acerca deste tipo de risco tornam necessário um manejo cuidadoso, baseado em evidência e transmitido com serenidade, sem minimizar as conseqüências.

Os riscos globais são só um exemplo das contradições enfrentadas pelos líderes sanitários. Os efeitos sobre a saúde das pessoas, economias e segurança das populações ainda precisam ser documentados.

III. Desafios na elaboração de políticas públicas

- São precisos mais recursos para manter as realizações alcançadas pelo sistema de saúde costarriquenho e, para enfrentar os desafios, é inevitável uma reforma fiscal.
- Não esquecer que os resultados em saúde são o axioma para enfrentar novos desafios e novas formas de organização, construção de alianças com os setores acadêmicos, privados, públicos e os cidadãos, em que os códigos de ética destas relações têm de estar explicitados em documentos e assumidos pelas partes.
- São necessários novos esquemas de cooperação técnica e financeira entre países de renda média, para quebrar o círculo vicioso de quanto maior o desempenho do sistema de saúde, menor a cooperação técnica e financeira. Isto é, faz-se preciso uma nova ética internacional em que sejam colocados também recursos para os sistemas de saúde, baseados em seu desempenho, isto é, em seus resultados, e abandonar a classificação dos países pelo produto interno bruto.
- As decisões em saúde têm de ser baseadas em evidência científica e empírica, e diminuir a disparidade de conhecimento e colocá-lo à disposição da população permitirá tomar decisões melhores diante a ampla oferta de bens e serviços.
- Reconhecimento dos interesses dos diversos grupos, em que o Estado regulador, além de reconhecer esse cenário, cuida ativamente para que os benefícios em saúde cheguem a todos respeitando e atendendo a diversidade.
- Alianças sociais e políticas capazes de transformar conflitos de distribuição em acordos básicos de agenda, e políticas de desenvolvimento, apesar de sua complexidade, são uma prioridade.
- Desenvolvimento de mecanismos e instrumentos para denúncia e estabelecimento de sanções de delitos contra a função pública.
- Maiores garantias em termos de liberdade de imprensa e informação para a promoção e defesa dos direitos dos mais necessitados.

“Não se resolve com menos Estado, mas com um Estado mais ativo”.

IV. Conclusão

A situação atual obriga reformular a proteção social no marco de uma solidariedade integral, em que são combinados mecanismos contributivos e não contributivos. É necessário o estabelecimento de um novo pacto social, que tenha os direitos sociais e o direito à saúde como horizonte normativo, e as desigualdades e limitações orçamentárias como problemas sociais a serem resolvidos conjuntamente para enfrentar e concretizar estes direitos. O avançar da saúde para todos os habitantes do país em meio às contradições é o desafio do passado, do presente e do futuro dos líderes em saúde que assumem a responsabilidade de elaborar políticas públicas.

A democratização do conhecimento e das tecnologias põe a população em uma posição de maior demanda e denúncia, bem como de maior participação no cuidado da sua própria saúde e do cuidado familiar e comunitário, obrigam os líderes em saúde a estarem informados, a saber integrar e comunicar e a fazer uma constante autoavaliação e conseguir formar um grupo de referência ou de avaliadores externos. Algumas das novas aptidões destes líderes em saúde para o século XXI estarão relacionadas à possibilidade de integração de conhecimentos, trabalho em cenários agrestes, trabalho em equipe, liderança, flexibilidade, leituras e contato com os agentes de saúde e com a população no nível subnacional, nacional e global. É assim que as inteligências analíticas, intuitivas, cognitivas, de gênero e tecnológicas têm de convergir para a tomada de decisões.

A história da Costa Rica em termos de saúde fornece evidência empírica de que o sistema de saúde é mais que a prestação de serviços para a recuperação da saúde, já que é um elemento básico na construção da identidade costa-riquenha, isto é, a população tem uma cultura de saúde pública de direitos, igualdade e justiça social que se construiu em um contexto econômico e social diferente. O futuro será obstaculizado pela capacidade dos líderes políticos de consolidar as realizações, enfrentar os desafios e, ao mesmo tempo, não perder os valores que deram vida à sociedade costa-riquenha atual. Por último, também é responsabilidade dos governos buscar alianças com outros governos e conseguir que a cooperação internacional

contemple, apóie e contribua para alocar mais recursos aos países pobres com alto desempenho e com evidência de melhoria das condições e da qualidade de vida quando são possibilitadas políticas públicas de saúde justas e equitativas.

REFERÊNCIAS

- Academia de Medicina Costa Rica. 2006. Memoria, se encuentra en edición. Celebrada en Costa Rica en abril.
- Frenk, Julio. 2004. Reporte de la Comisión Macroeconomía y Salud. Cuernavaca.
- Garnier, Leonardo. 2005. El seguro de salud en Costa Rica: la encrucijada de un modelo exitoso. Ponencia preparada para el Seminario “Crecimiento, equidad y ciudadanía: hacia un nuevo sistema de protección social”, organizado por el Doctorado en Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia, y el Centro de Investigaciones para el Desarrollo, 19-21 de noviembre.
- Klisberg, Bernardo. 2003. Nuevas ideas en política social y concertación para el desarrollo social. En VII Congreso Internacional del CLAD sobre Reforma del Estado y de la Administración Pública, Panamá, 26-31 Oct.
- Martínez Franzoni, Juliana. 2005. Régimen de bienestar y salud en Costa Rica: una década de reformas y mercantilización de servicios. Documento presentado en la conferencia “Latin American Perspectives on Public Health”, Universidad de Toronto, mayo.
- Ministerio de Salud. 2004. Defensoría de los Habitantes, Universidad de Costa Rica, Caja Costarricense del Seguro Social. Situación de Salud de la Poblaciones Indígenas. Costa Rica.
- OIT. 1999. Decimocuarta Reunión Regional de los Estados Americanos miembros. Lima, Perú, entre el 24 y el 27 de agosto.
- OMS 46 Asamblea Mundial de la Salud. Hacia la Salud para todos en el Siglo XXI.
- OPS. 2000. Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales, Huracán Mitch Una mirada a algunas tendencias para la reducción del riesgo. América Central, Costa Rica.
- OPS-OMS. 2003. Ministerio de Salud, Análisis del Sector Salud. Costa Rica.
- OPS-OMS. 2006. Ministerio de Salud, Recursos Humanos en Salud en Costa Rica. Informe actual y desafíos para una década. Costa Rica.
- OPS-Ministerio de Salud de Costa Rica, Estado de la Nación, Asociación de Seguridad Social.
- Picado, Gustavo, Acuña, E. y Santacruz, J. 2003. El Financiamiento en Salud en Costa Rica. Ministerio de Salud, OPS.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. 2004. Informe Desarrollo Humano.
- Rodrick, Dani (1998). Why do More Open Economies Have Bigger Governments. *Journal of Political Economy*.
- Sacks, Jefry. 2002. Disertación sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Cooperación Internacional. Disertación en la conmemoración de los 100 años de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, diciembre.
- Sen, A. 1999. On Ethics and Economics. xv, 131 p.

Stiglitz, Joseph. 1973. Approaches to the Economics of Discrimination. *American Economic Review*, 63.

Stiglitz, Joseph A. 2003. El mundo de las reformas: hacia una nueva agenda para América Latina, *Revista de la CEPAL* No. 80, pp. 7-40, agosto.

DADOS BIOGRÁFICOS DA AUTORA

Maria do Rocío Sáenz Madrigal formou-se em Medicina e obteve o título de cirurgiã na Universidade La Salle, no Distrito Federal do México, e título de mestre em Saúde Pública pela Universidade da Costa Rica e fez estudos de pós-graduação na Universidade de Pittsburg. Trabalhou em nível nacional e subnacional da Costa Rica, como diretora médica da área da Saúde, diretora regional, Programa de Preparativos para Catástrofes, Direção de Desenvolvimento da Saúde; coordenadora do Programa de Preparativos para Catástrofes da OPAS-OMS na América Central. Foi docente de graduação no curso de Gestão Ambiental, na Universidade Nacional; docente de epidemiologia no mestrado em Epidemiologia; docente no mestrado em Saúde Pública na Universidade da Costa Rica, docente nos cursos de Formação em Epidemiologia do CDC pós-furacão Mitch. Nos últimos quatro anos serviu como ministra da Saúde e coordenadora do Gabinete Social na Costa Rica.