



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Javier David Rodríguez Ruiz

**Empresas Promotoras de Saúde no sistema de saúde
colombiano: Dinâmica financeira estrutural**

Rio de Janeiro

2015

Javier David Rodríguez Ruiz

Empresas Promotoras de Saúde no sistema de saúde colombiano: Dinâmica financeira estrutural

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Departamento de Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

Rio de Janeiro

2015

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

R934 Ruiz, Javier David Rodríguez.
Empresas promotoras de saúde no sistema de saúde colombiano: dinâmica financeira estrutural / Javier David Rodríguez Ruiz. – 2015.
201 f.

Orientador: Paulo Henrique de Almeida Rodrigues.

Dissertação (Mestrado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Política de saúde - Colômbia – Teses. 2. Assistência médica – Colômbia - Teses. 3. Saúde pública – Teses. I. Rodrigues, Paulo Henrique de Almeida. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.2(861)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Javier David Rodríguez Ruiz

Empresas Promotoras de Saúde no sistema de saúde colombiano: Dinâmica financeira estrutural

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Departamento de Políticas, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 06 de abril de 2015

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues (Orientador)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Sulamis Dain
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Maria de Fatima Siliansky
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Prof.^a Dra. Ana Cecilia Faveret
Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

Rio de Janeiro

2015

DEDICATÓRIA

Às organizações sociais e políticas que me formaram na utopia. A cada uma das pessoas que continua lutando pela justiça e liberdade. A meus companheiros e companheiras, amigos e amigas. A minha família, com quem experimentei as contradições da vida social na intimidade do amor. A minha parceira e amiga, a nossos projetos. À vida e à luta social que a cheia de sonhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a formação que as organizações sociais e políticas me deram, e que me permitiu afrontar este trabalho com bases teórica e políticas fundamentais. Em particular agradeço à *Marcha Patriótica - Capítulo Brasil*, e à *Red de Salud Colectiva* (Colômbia).

Agradeço à *Universidad Nacional de Colombia*, que desde seu caráter público, estatal e nacional, me permitiu compreender as contradições da sociedade colombiana, e me ofereceu espaços de organização social, política e acadêmica que definiram minha vida e trabalho até agora.

Agradeço ao *Grupo de Estudios Sociohistóricos de Salud y Seguridad Social* por seus intensos espaços de debate, e pela solidariedade e seriedade do seu trabalho.

Agradeço à Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e em particular ao Instituto de Medicina Social, por ter me permitido conhecer o estimulante campo da Saúde Coletiva no Brasil numa das melhores universidades públicas no país.

Agradeço a Paulo Henrique de Almeida Rodriguez pela sua cuidadosa e valiosa orientação. Nossas perspectivas teóricas e políticas similares, e sua erudição, facilitaram muito a construção deste trabalho.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Educação Superior e ao Estado brasileiro pelo seu suporte econômico, sem o qual tivesse sido diferente o resultado deste trabalho.

Agradeço a Mario Hernández, Juan Carlos Eslava, Elis Borde e Edinso Mosquera, pelos seus comentários carinhosos e detalhados desta dissertação em diferentes momentos do processo. Agradeço alegremente sua amizade.

Agradeço a Ivan Parra Zuñiga, pela sua inestimável colaboração para analisar, desde uma perspectiva técnica sólida, os dados financeiros aqui apresentados.

Agradeço a Geiza Ferreira por amável ajuda na revisão das referências bibliográficas.

Agradeço a Tainá Souza pela amável ajuda com a revisão linguística do texto.

Agradeço à minha família, pelo constante amor e por brindar-me todas as condições materiais para poder desenvolver minhas capacidades.

Agradeço a minha parceira e amiga Martha, por seu amor e acompanhamento, e por me apresentar a valiosa discussão teórica marxista do serviço social brasileiro.

Finalmente agradeço ao Rio de Janeiro e ao povo brasileiro, por suas formas criativas, alegres e valentes de reafirmar a dignidade humana a través das resistências.

Expresso que em todos casos assumo plena responsabilidade dos erros que possa ter esta dissertação.

Ellos dicen ser buenos, reparten pastillas [...]

Hay que pena que les da, pero es mentira.

Quieren millones, millones, millones,

Millones, millones, millones,

Millones de almas en su inmensa cuenta [...]

Ellos gobernaron el pasado, la rutina, la energía,

No gobernarán el futuro.

Camila Moreno, "Millones"

RESUMO

RODRÍGUEZ, Javier D. **Empresas Promotoras de Saúde no sistema de saúde colombiano**: Dinâmica financeira estrutural. 2015. 180f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Esta dissertação analisou as *Empresas Promotoras de Salud* (EPS), seguradoras de saúde introduzidas no sistema de saúde colombiano através da reforma sanitária instaurada com a Lei nº 100/1993, desde uma perspectiva de economia política crítica, através do método de análise documental. A maioria delas são empresas privadas com finalidade lucrativa que conformaram rapidamente um oligopólio que reproduziu problemas dos modelos de *Managed Care* e *Managed Competition* já conhecidos internacionalmente. Esta dissertação analisou as relações entre os processos de financeirização do sistema capitalista e o processo de ajuste estrutural na Colômbia, com a reforma sanitária e a dinâmica financeira das EPS. Também foi analisada a introdução de mecanismos próprios do processo de financeirização na gestão financeira das EPS, como: a alavancagem; a reprodução ampliada de capital através da dívida pública; e os investimentos em ativos securitizados. Dado que o sistema de saúde atual se caracteriza por altos níveis de inequidade e injustiça, as consequências da finalidade lucrativa neste, com suas expressões concretas de sofrimento e morte na população, foram preocupações transversais deste trabalho. Os resultados desta dissertação demonstraram a concentração oligopólica do mercado de seguros privados de saúde, cujas empresas se organizaram como um cartel, dificultando o acesso aos serviços de saúde para seus segurados, o que contribuiu para a piora de indicadores de saúde da população. Quando a mobilização social obrigou a aumentar o controle sobre as EPS, estas começaram a sair do mercado declarando-se em falência, ou entrando subitamente em balanços financeiros negativos.

Palavras-chave: *Empresas Promotoras de Salud*. EPS. Sistema de saúde. Colômbia. Pluralismo estruturado. Atenção gerenciada. Planos de Saúde. Financeirização. Oligopólio. Inequidade.

ABSTRACT

RODRÍGUEZ, Javier D. **Health Promoting Entity in the Colombian health system**: structural financial dynamics. 2015. 180f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

This thesis analyzes the *Empresas Promotoras de Salud (EPS – meaning health promoting entity)*, which are health insurance companies that act in the Colombian health system since the health reform law of 1993 (Law 100). Based on a document analysis and within a critical political economy framework, we firstly address the relations between the financialization process in the capitalist system, the structural reforms and the health care reform, with the EPS's financial dynamics, and secondly address the reproduction of financialization mechanism inside the EPS including financial leverage; expanded reproduction of capital through the public debt; and investments in securitized assets. Most EPS are private for profit companies, which quickly formed an oligopolistic market and exemplify internationally recognized contradictions of the Managed Care and Managed Competition models, also as its for-profit orientation and functioning has been related to the exacerbation of health inequities and has further been recognized as a driver of suffering and death in the population. This has primarily been related to the oligopolistic concentration of the private health insurance market, whose companies are organized as a cartel, hindering access to health services for the population. When social mobilization forced to increase control over the EPS, they began to leave the market declaring themselves bankrupt, or suddenly entered negative financial statements.

Keywords: *Empresas Promotoras de Salud*; Health Care Sponsors; Health system; Colombia; Managed Care; Managed Competition; Financialization; Oligopoly; Inequity.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Crescimento % do PIB na Colômbia por ano	58
Figura 2	Investimento estrangeira direta na Colômbia como % do PIB por ano	59
Figura 3	Nível de juros novos créditos dívida externa da Colômbia por ano.....	59
Figura 4	Esquema simplificado do Managed Care.....	74
Figura 5	Instrumentos organizativos do modelo do Pluralismo Estructurado.....	78
Figura 6	Porcentagem do PIB representado pelo setor segurador por ano na Colômbia	89
Figura 7	Total ativos do sistema financeiro e total ativos administrados pelas entidades vigiadas pela Superintendencia Financiera de Colombia.....	90
Figura 8	Gastos em saúde por caráter do recurso como % do PIB (1993-2003).....	95
Figura 9	Gastos em saúde por caráter do recurso como % do GTS (1993-2003).....	95
Figura 10	Gastos em saúde por caráter do recurso como % do PIB (2004-2011).....	95
Figura 11	Gastos em saúde por caráter do recurso como % do GTS (2004-2011).....	95
Figura 12	Gasto em saúde por regime e subsidio à oferta como % do GTS.....	98
Figura 13	Gasto em saúde por regime e subsidio à oferta como % do PIB.....	98
Figura 14	Gasto em saúde por tipo de seguradora em saúde como % GTS (1993-2003).....	99

Figura 15	Gasto em saúde por caráter da seguradora em saúde como % GTS (1993-2003).....	99
Figura 16	Gasto em saúde por tipo de seguradora em saúde como % GTS (1993-2003).....	99
Figura 17	Gasto em saúde por caráter da seguradora em saúde como % PIB (1993-2003).....	99
Figura 18	Porcentagem EPS por caráter/Total EPS do RC (TEPSRC) e % Gasto do RC e Gasto do RC por caráter de EPS/GTS.....	103
Figura 19	Porcentagem de seguro do total da população colombiana por regime.....	105
Figura 20	Receita das maiores cinco EPS do RC e por EPS pertencentes a ACEMI respeito da receita totais das EPS do RC.....	119
Figura 21	Ativos por maiores cinco EPS do RC e por EPS pertencentes a ACEMI respeito da receita total do RC.....	123
Figura 22	Receitas por recobros das EPS agremiadas em ACEMI (milhões de COP).....	127
Figura 23	Porcentagem dos recobros das EPS agremiadas em ACEMI frente ao total de recobros de outras EPS ao FOSYGA.....	127
Figura 24	Ativos do setor financeiro como porcentagem do PIB na Colômbia por ano.....	132
Figura 25	Investimentos do setor financeiro como porcentagem do PIB na Colômbia por ano.....	133
Figura 26	Gasto em saúde por uso como porcentagem do GTS.....	141
Figura 27	Aciones negociadas como % do PIB; Capitalização no mercado das companhias colombianas que cotizam em bolsa como % do PIB; Número de companhias colombianas que cotizam em bolsa.....	148

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Recursos em saúde por caráter do recurso como % do GTS e como % do PIB	94
Tabela 2	Gasto em saúde por regime e subsidio à oferta como % do GTS e como % do PIB.....	94
Tabela 3	Gasto em saúde por tipo de seguradora em saúde como % do GTS e como % do PIB	98
Tabela 4	Número de EPS do Régime Contributivo por caráter da EPS.....	101
Tabela 5	Número de segurados por regime, porcentagem de segurados por regime sobre total RC+RS, e valor médio da UPC por regime	104
Tabela 6	Informação de acionistas e participação de Grupos Econômicos das EPS privadas do RC	110
Tabela 7	Medidas administrativas ou financeiras dos organismos de controle contra as EPS do RC.....	116
Tabela 8	Receita por EPS do RC como porcentagem da receita total do RC.....	119
Tabela 9	Receita das maiores cinco EPS do RC e por EPS pertencentes a ACEMI respeito da receita total das EPS do RC	119
Tabela 10	Ativos por maiores cinco EPS do RC e por EPS pertencentes a ACEMI respeito da receita total do RC	123
Tabela 11	Gasto em saúde por uso como porcentagem do GTS.....	140
Tabela 12	Indicadores agregados dos balanços financeiros das EPS do RC que reportaram informe à <i>Superintendencia Nacional de Salud</i> 2000-2012 (milhões de COP).....	145

Tabela 13	Dados informes financeiros maiores 5 EPS privadas do RC 2000-2012.....	152
Tabela 14	Dados informes financeiros EPS privadas do RC liquidadas.....	154

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACEMI	<i>Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral</i>
BM	Banco Mundial
CNSSS	<i>Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud</i>
COP	Pesos Colombianos
DANE	<i>Departamento Administrativo Nacional de Estadística</i>
DNP	<i>Departamento Nacional de Planeación</i>
EUA	Estados Unidos de América
EPS	<i>Empresas Promotoras de Salud</i>
FMI	Fundo Monetário Internacional
FOSYGA	<i>Fondo de Solidaridad y Garantía</i>
GTS	Gasto Total em Saúde
IED	Investimento Estrangeira Direta
IPS	<i>Institución Prestadora de Servicios de Salud</i>
ISI	Industrialização por Substituição de Importações
ISS	<i>Instituto de Seguros Sociales</i>
MCa	<i>Managed Care</i>
MCo	<i>Managed Competition</i>
MCO	<i>Managed Care Organizations</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde

OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PEA	População Economicamente Ativa
POS	<i>Plan Obligatorio de Salud</i>
SISBEN	<i>Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales</i>
SGSSS	<i>Sistema General de Seguridad Social en Salud</i>
SNS	<i>Sistema Nacional de Salud</i>
SUPERSALUD	<i>Superintendencia Nacional de Salud</i>
TES	Títulos de Tesoureira (Títulos de Dívida Pública)
UPC	<i>Unidad de Pago por Capitación</i>
USD	Dólares estadunidenses

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	17
1	PROBLEMA DE ESTUDO	23
2	OBJETIVOS E MÉTODOS	26
2.1	Objetivos	26
2.1.1	<u>Objetivo geral</u>	26
2.1.2	<u>Objetivos específicos</u>	26
2.2	Métodos	26
3	MARCO TEÓRICO	29
3.1	O processo da financeirização no sistema capitalista mundial e as políticas de saúde	29
3.1.1	<u>O processo de financeirização no sistema capitalista mundial</u>	29
3.1.2	<u>As políticas de saúde no processo de financeirização</u>	41
3.2	Processo de financeirização e ajuste estrutural na Colômbia	49
3.2.1	<u>Industrialização por Substituição de Importações na Colômbia - ISI</u>	50
3.2.2	<u>Ajuste estrutural e financeirização</u>	53
3.2.3	<u>Ciclos de Crises financeiras pós-ajuste na Colômbia</u>	57
3.3	Reforma do sistema de saúde na Colômbia e as <i>Empresas Promotoras de Salud</i>	63
3.3.1	<u>O Sistema Nacional de Saúde e a situação pré-reforma</u>	64
3.3.2	<u>A reforma do sistema de saúde na Assembleia Nacional Constituinte e a Lei no. 100/1993</u>	66
3.3.3	<u>Estrutura do novo sistema de saúde</u>	68

3.3.4	<u>Managed Care, Managed Competition e Pluralismo Estruturado</u>	71
4	DINÂMICA FINANCEIRA ESTRUTURAL DAS EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD	80
4.1	Dinâmica geral da atividade de seguro financeiro das EPS	81
4.2	A determinação do estruturado nas EPS	86
4.2.1	<u>Ajuste estrutural, financeirização e dinâmica financeira das EPS</u>	88
4.3	A determinação estruturante das EPS	135
4.3.1	<u>A determinação estruturante das EPS através da sua gestão de serviços de saúde</u>	135
4.3.2	<u>A determinação estruturante das EPS através da sua gestão financeira</u>	142
4.4	<u>Proposta de periodização da atuação das EPS segundo sua dinâmica financeira estrutural</u>	161
	CONCLUSÕES	166
	REFERÊNCIAS	175
	ANEXO	186

INTRODUÇÃO

Esta dissertação analisa a dinâmica financeira estrutural das *Empresas Promotoras de Salud* (EPS) entre os anos 1993 e 2010, atores dominantes no sistema de saúde colombiano. As *Empresas Promotoras de Salud* são seguradoras de saúde que cumprem o papel de articulação entre financiadores, prestadores de serviços de saúde e usuários, criadas com a Lei no. 100 de 1993 que instaurou o sistema de saúde e seguridade social que continua vigente na Colômbia.

Nesta introdução, porém, nos interessa explicar o caminho de chegada à inquietação que estimulou este trabalho, assim como suprir um elemento chave para a compreensão integral da história do sistema de saúde colombiano desde a criação das EPS, e que pelo objeto de estudo deste trabalho por vezes não será ressaltado suficientemente: isto é, a ação social coletiva que se opôs à dominação do lucro como meta-valor do sistema de saúde, e que ainda hoje [2015] continua elaborando caminhos de resistência e superação do mesmo¹.

Ao centrarmos nesta dissertação no ator dominante do sistema de saúde (as EPS), corremos o risco de invisibilizar as forças vivas que resistem este modelo inequitativo, e que em última instância, são as forças nas quais trabalhos como este pretendem chegar e fortalecer, na luta por sistemas de saúde e proteção social universais, estatais e públicos, e por um novo modelo civilizatório. (BREILH, 2003; 2010; 2010a; 2011; PORTO, ROCHA, FINAMORE, 2014)

A situação atual do sistema de saúde colombiano é crítica em termos de violação de direitos humanos, e de lucro massivo às custas de sofrimento e morte. Existem múltiplos estudos que demonstram a deterioração das condições de saúde da população na Colômbia e a violação sistemática do direito à saúde, e hoje é comum a afirmação e denuncia, de que o sistema de saúde colombiano já causou milhares de vítimas (TORRES, 2001). Neste cenário se destacam elementos como

¹Duas referências bibliográficas são recomendadas para aprofundar no assunto: (BARRERA, 2014), apresenta um estado da arte dos estudos sobre ações sociais coletivas e movimentos sociais em saúde na Colômbia, sendo que considera as referências mais relevantes para o tema; e (BARRERA, 2013), que é a análise mais completa até momento sobre o processo de construção do movimento social em saúde na Colômbia, centrando a análise numa das plataformas de articulação principais do processo, o *Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social* (MNSSS).

[...] *el estancamiento en los niveles de aseguramiento, el incremento de acciones de tutela, los paseos de la muerte, el deterioro de indicadores claves de salud, y el bajo cumplimiento estatal de las llamadas funciones esenciales de la salud pública. [...] incremento de las tasas de mortalidad evitable para: mortalidad materna, infantil, perinatal, por tuberculosis, por enfermedades inmunoprevenibles y cáncer de cuello uterino.* (BORRERO, 2013, p. 45)

Foi na relação com o movimento social em saúde que compreendemos o papel dominante das EPS, e conhecemos a crítica construída por este sobre o papel destas seguradoras como intermediários financeiros (TORRES, 2011); crítica, porém, que é considerada nesta dissertação como incompleta, e que motiva o estudo da dinâmica financeira estrutural das EPS.

Como assinalado por Yadira Borrero (BORRERO, 2013; 2014), o estudo da ação coletiva e do movimento social na saúde da Colômbia é um campo de estudo recente que precisa se desenvolver. Ainda assim, pode-se dizer que depois da reforma de 1993, o campo da saúde se converteu num cenário de disputa política ativo (TORRES, 2011). O conflito configurou-se ao longo do tempo pelo não reconhecimento da saúde como um direito de cidadania por parte do Estado colombiano, e pela reprodução das inequidades sociais dentro do sistema de saúde.

O sistema consolidou-se como um *sistema fragmentado*, que desde uma perspectiva patrimonial começou a prestar serviços diferenciados à população (uma medicina para ricos, outra para a classe média, e outra para pobres), e que desde 1993 até o presente, estruturou-se efetivamente para a apropriação de lucro por parte das seguradoras e outros atores, por encima de outras agendas e interesses. (BORRERO, 2014; HERNÁNDEZ, 2003; 2008; GIRALDO, 2007; TORRES, 2008)

Desde a reforma que introduziu o *Pluralismo Estructurado*² na Colômbia (LONDOÑO e FRENK, 1997), a mobilização social na saúde passou a crescer, com picos de maior atividade e períodos de latência. O movimento também ampliou suas reivindicações e ganhou novos atores vinculados, antes centrados especialmente nas

² Adaptação de Juan Luis Londoño e Julio Frenk para países latinoamericanos do modelo de *Managed Competition* proposto por Alain Enthoven. É basicamente um modelo de mercado regulado de seguros de saúde. Neste as seguradoras se compreendem como mediadoras que protegem os usuários de serviços de saúde do risco financeiro implícito na compra destes. Funcionam basicamente como intermediários financeiros que “gerem o risco financeiro” do comprador de seguros de saúde. Uma terceira parte entre o comprador e o vendedor que deve atuar em defesa do primeiro. (ENTHOVEN, 1988, 1993, 2005; IRIAT, MERHY, WAITZKIN, 2000; LONDOÑO, FRENK, 1997; WAITZKIN, IRIART, 2000)

lutas pelo acesso aos serviços de saúde por parte de setores dos trabalhadores³. Assim, durante o período estudado (1993-2012) as ações coletivas em saúde foram contínuas, envolvendo atores diversos, como sindicatos de profissionais e trabalhadores da saúde, organizações não governamentais, usuários, estudantes, comunidades eclesiais de base, organizações comunitárias, organizações indígenas, associações camponesas, dentre outros atores. As lutas de tais atores se centraram em temas de caráter nacional como: a crises da rede pública hospitalário; a crises e liquidação do *Instituto de Seguros Sociales*; a disputa contra as EPS; a estabilidade no emprego, e o acesso aos serviços de saúde. (BORRERO, 2014, p.252)

Nesse conjunto de ações coletivas foi se configurando um verdadeiro movimento social na saúde, que apesar das diferenças entre os atores no que diz respeito aos objetivos e estratégias a seguir, as contradições geradas ao redor da agenda, da direção do movimento, e especialmente da relação entre partidos políticos, governos locais e movimentos sociais, conseguiu pontos de identidade mínimos que articularam a mobilização⁴. Os pontos de acordo que facilitavam a articulação eram: a compreensão da relação entre exclusão social e saúde; a denúncia e atuação sobre as inequidades na saúde; a compreensão da saúde como direito humano; a construção do sentido do que é justo em saúde; e a perspectiva de construção de um novo modelo de saúde. (BORRERO, 2014; TORRES, 2011)

Essas articulações foram possíveis pela confluência das lutas de diferentes atores mobilizados pelas consequências das ações do capital na saúde: maior exploração do trabalho; imposição de práticas profissionais indignas e grandes limites de acesso aos serviços de saúde. Todas consequências da instauração do modelo de mercado regulado de seguros de saúde. (BORRERO, 2014; ENTHOVEN, 1988; HARVEY, 2007)

³ No período entre 1994 e 2010 apresentou-se em média uma ação coletiva pela saúde cada quatro dias, e desde 1995 as ações judiciais individuais para exigir o direito a serviços de saúde vem crescendo de forma contínua, até chegar a perto de 100.000 por ano em 2010 (BORRERO, 2014; DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2010).

⁴ Os principais referentes de articulação do movimento social na saúde da Colômbia têm sido: o *Movimiento Nacional por la Salud y Seguridad Social* (MNSSS); a *Comisión de seguimiento a la sentencia T/760 de 2008 y de reforma estructural al Sistema de Salud y Seguridad Social*; a *Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud y Seguridad Social* (ANSA); e a *Mesa Nacional por el Derecha a la Salud*.

Os momentos de maior mobilização foram: entre 1998 e 2001, em função da crise da rede pública hospitalar; entre 2004 e 2007, causada pela disputa legislativa no Congresso em torno da reforma que concluiu com a Lei nº 1122/2007; entre 2007 e 2009, contra os impactos do Tratado de Livre Comercio com os Estados Unidos da América (EUA) e seus impactos na saúde, em particular a disputa pelos direitos de propriedade intelectual; e, finalmente, a disputa iniciada em 2009 em torno da mais recente tentativa de reforma do sistema de saúde. Esta tentativa buscava aprofundar o modelo mercantil no sistema através da declaração de “estado de exceção,” em função da crise financeira do mesmo, e que produziu as maiores mobilizações já reconhecidas no campo da saúde da história da Colômbia. (BORRERO, 2014; TORRES, 2011)

Interessa ressaltar que o padrão geral de resposta do aparato estatal foi a utilização de suas forças militares e paramilitares para a repressão do movimento social, que incluiu ameaças, assassinatos e processos judiciais contra as lideranças do mesmo (BORRERO, 2014). Além da violência, que foi um dos principais problemas enfrentados pelo movimento social, o enfraquecimento dos sindicatos causado pelo desemprego, a terceirização e a flexibilização, e os conflitos internos do movimento social.

Voltemos ao último período de mobilização para salientar alguns elementos da justificativa da eleição do problema de estudo desta dissertação.

Desde o ano 2009, a saúde tornou-se, um dos campos centrais de contenda política na sociedade colombiana em resposta à declaração da chamada “*Emergencia Social en Salud*”⁵. Esta representava, basicamente, uma proposta de resgate financeiro do sistema, que continuava a enfrentar o paradoxo de ter diminuído sua eficácia e eficiência, apesar do crescimento contínuo dos recursos públicos destinados ao mesmo, e estar as bordas da quebradeira financeira de múltiplas instituições do setor. A conjuntura da declaração da *Emergencia* mobilizou uma ampla gama de atores com projetos políticos e propostas diferenciadas de reforma do

⁵ “A *Emergencia Social* es básicamente una especie de Estado de Sitio solo que su causa se fija en la crisis sobre algún derecho de tipo económico o social. Consiste en que durante 30 días, el ejecutivo y sus ministros pueden realizar decretos con fuerza de ley con el fin de contener la crisis.” (VEGA, SAENZ, HERNÁNDEZ, 2010, p. 10) Para uma análise detalhada ver Yopez (2010).

sistema, que mostravam diferentes interpretações sobre a origem da crise. (VEGA, SAENZ e HERNÁNDEZ, 2010; YEPEZ, 2010)

Tanto os atores que resistiram o pacote de reformas da *Emergencia*, quanto seus defensores, apontaram às EPS como uma das origens da crise, e talvez o principal, ainda que de diferentes formas. Para alguns, a própria existência das seguradoras tratava-se de uma expressão do problema estrutural de um modelo inviável por estar baseado no mercado; para outros, a crise era fundamentalmente resultado de problemas de regulação. (VEGA, SAENZ, HERNÁNDEZ, 2010)

A discussão sobre a utilização dos recursos públicos por parte das EPS tornou-se ponto central do confronto. Enquanto o governo, as seguradoras, e a oligarquia nacional defendiam a presença da iniciativa privada com finalidade lucrativa no sistema de saúde, argumentando que devia ser aperfeiçoada a regulamentação para corrigir distorções do mercado, o movimento social denunciava que as seguradoras lucravam de diversas formas ilegais, criticando o papel de intermediárias financeiras desempenhado pelas EPS como o elemento central do problema. Como veremos, os problemas associados internacionalmente ao modelo de mercado regulado em saúde também se apresentaram na Colômbia, ainda que com particularidades, e no médio prazo, a negação de serviços, as barreiras de acesso, e os mecanismos para diminuir a competição entre seguradoras, foram elementos centrais dos protestos e da indignação do movimento social.

Pressionada pelas massivas mobilizações, a *Corte Constitucional* decretou inconstitucional a *Emergencia* em 2010, excetuando as medidas relacionadas ao aumento de impostos regressivos que procuravam mais recursos⁶. A disputa gerada pela *Emergencia* não finalizou com a declaração da Corte, e o confronto continuou em torno de uma série de propostas governamentais e da sociedade civil para reformar o sistema. Tal confronto continua ainda hoje [2015], entre propostas governamentais que pretendem aprofundar o modelo do pluralismo estruturado, e que continuam invisibilizando e ignorando as propostas do movimento social e na saúde. (VEGA, SAENZ, HERNÁNDEZ, 2010)

Para concluir esta apresentação interessa salientar a centralidade que assumiu a discussão sobre o papel das EPS no sistema durante este último período de

⁶ Impostos sobre o consumo de tabago, licores, cervejas e jogos de azar.

mobilização, e em particular interessa ressaltar a discussão sobre as diferentes formas de apropriação de lucro por parte das EPS em seu papel como intermediários financeiros, dado que estes dois assuntos são pontos centrais da análise desenvolvida nesta dissertação, que busca contribuir na luta do movimento social pela superação do atual sistema de saúde mercantil na Colômbia.

Continuemos com a apresentação de nosso estudo.

1 PROBLEMA DE ESTUDO

O interesse em estudar a dinâmica financeira estrutural das *Empresas Promotoras de Salud* surgiu do reconhecimento do papel central destas instituições no sistema de saúde colombiano por parte dos diferentes atores do campo. O rápido crescimento patrimonial destas seguradoras e seu posicionamento como parte das empresas mais lucrativas da economia colombiana, em contraste com fenômenos como a *judicialização da saúde*⁷ e o gasto setorial crescente, foram elementos que têm propiciado um grande debate ao redor do caráter e funcionamento das EPS por parte da academia e da sociedade em geral, no que está dissertação entra. (MELO, RAMOS, 2010; YEPEZ ET AL., 2010)

Interessa, para o posicionamento neste debate, ressaltar a compreensão diferenciada do papel das EPS como intermediários financeiros no sistema de saúde. Assim: para os defensores do modelo vigente o papel destas e de articulação e de gestão do risco financeiro na compra de serviços de saúde, sendo que, segundo sua argumentação, são justamente essas funções as que produzem eficiência e qualidade; e para os críticos, seu papel é deletério para o sistema de saúde e para a população, dada sua finalidade lucrativa que produziu uma gestão restritiva dos recursos, e só beneficiou as seguradoras, permitindo uma maior apropriação do lucro. (ABADÍA, OVIEDO, 2010; ENTHOVEN, 1988; LONDOÑO, FRENK, 1997)

Este trabalho afasta-se da compreensão das EPS como gestoras de risco financeiro neutras que atuam em favor do comprador de serviços de saúde, como exposto nos modelos teóricos que sustentaram a construção do sistema de saúde colombiano, e pretende compreender a dinâmica financeira estrutural dessas empresas, reconhecendo que as interpretações críticas mais comuns sobre o seu comportamento dentro do sistema, limitam-se a assinalar o componente de contenção de custos como a principal expressão da atuação de intermediação financeira destas seguradoras. Nosso interesse é estudar a profundidade a gestão financeira das EPS, seu comportamento dentro do mercado de seguros de saúde, estabelecendo as

⁷Crescimento abrupto de processos judiciais contra as EPS demandando acesso a serviços de saúde. Para uma análise mais detalhado ver *Defensoría del Pueblo* (2010).

mediações com processos mais amplos de determinação social do sistema de saúde colombiano, em particular com o processo de financeirização.

Referimo-nos à dinâmica financeira estrutural das EPS, desde uma perspectiva de dupla determinação. Primeiro, reconhecemos que a reforma dos serviços de saúde colombiana efetuada no começo da década de 1990 esteve determinada principalmente pelo processo de ajuste estrutural e de financeirização no país. Por isto interessa estudar as relações existentes entre o processo de financeirização e ajuste estrutural, e conformação e funcionamento do sistema de saúde colombiano, incluindo a dinâmica das EPS. Esta primeira determinação é conceituada nesta dissertação como **determinação do estruturado nas EPS**. Com isto relacionaremos o comportamento como agente financeiro das seguradoras com processos gerais como a abertura de contas de capital, a desregulamentação do mercado financeiro, o investimento estrangeira direta, a dinâmica dívida-empéstimos, entre outros fatores a serem considerados, no marco da financeirização e o ajuste estrutural.

Além da análise de estes elementos, que podem ser considerados indicadores macroeconômicos, nossa intenção é compreender a penetração de mecanismos intrínsecos do processo de financeirização das últimas quatro décadas no interior do sistema de saúde, em particular na atuação das EPS. Assim, analisaremos a atuação das EPS em termos da alavancagem utilizada para sua criação e funcionamento, da reprodução ampliada de capital dependente da dívida pública, do movimento de portfólio com investimento especulativo, do investimento em instrumentos securitizados, entre outros fatores fundamentais para a reprodução do atual regime de acumulação financeirizada, e que nesse sentido o reproduzem.

Analisaremos também a forma em como estes mecanismos da financeirização reproduzidos pelas EPS afetam a dinâmica geral do sistema de saúde colombiano e aos seus atores.

A esse papel de reprodução do sistema financeirizado através da adoção de seus mecanismos intrínsecos, e à modelação que estes mecanismos produzem no sistema de saúde, é que denominamos nesta dissertação **determinação estruturante das EPS**.

A diferenciação entre a “determinação do estruturado nas EPS” e a “determinação estruturante das EPS”, pretende mostrar uma compreensão histórica e

dialética onde não se estabelece uma preexistência formal nem dos sujeitos nem da estrutura social, e ressalta que a estrutura social é produzida e reproduzida pelos sujeitos, onde as estruturas já instituídas apresentam condições que produzem sujeitos sociais, que, segundo sua atuação, as reproduzem. (BREILH, 2003)

Em síntese, denomino dinâmica financeira estrutural das EPS a esta compreensão que parte do reconhecimento das EPS como atores determinados pelo processo de financeirização e ajuste estrutural, e que sublinha o seu papel como agentes financeiros que, jogando um papel na reprodução do regime de acumulação, modulam e ajudam a reproduzir o sistema de saúde colombiano. A finalidade desta pesquisa será então, construir uma interpretação crítica da dinâmica financeira estrutural das Empresas Seguradoras de Saúde no sistema de saúde colombiano entre 1993 e 2010.

Presentemos os objetivos desta pesquisa.

2 OBJETIVOS E MÉTODOS

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo geral

Compreender a dinâmica financeira estrutural das Empresas Seguradoras de Saúde no sistema de saúde colombiano entre 1993 e 2010.

2.1.2 Objetivos específicos

1. Compreender a relação entre os processos de financeirização e de ajuste estrutural e a dinâmica das Empresas Seguradoras de Saúde no sistema de saúde colombiano entre os anos 1993-2010;
2. Compreender a relação entre os processos intrínsecos da financeirização e o papel de agente financeiro das EPS ao interior do sistema de saúde entre 1993 e 2010; e
3. Propor uma periodização do desenvolvimento das EPS que reflita sua dinâmica financeira estrutural.

2.2 Métodos

A realização desta dissertação esteve baseada na técnica de análise documental de fontes primárias e secundárias. (MINAYO ET AL, 2004)

Compreende-se por fonte primária, todo documento que tenha sido produzido diretamente por atores envolvidos no processo estudado. Das fontes primárias consideradas para este estudo, foram da maior relevância documentos como os informes financeiros das EPS, os informes dos órgãos públicos colombianos encarregados da vigilância das EPS, e informes dos organismos colombianos de medição de indicadores macroeconômicos, dentre outros. (MINAYO ET AL, 2004)

Compreende-se por fontes secundárias, os documentos que pretendem analisar um determinado processo, mas que tenham sido produzidos por atores não diretamente envolvidos nesse. Das fontes secundárias consideradas para este estudo, foram priorizados os documentos de sínteses teóricas de processos relacionados com o objeto de estudo desta dissertação, e estudos altamente reconhecidos no campo de conhecimento em que se enquadra o objeto de pesquisa. (MINAYO ET AL, 2004)

Cabe ressaltar que para as seções que analisaram o processo de financeirização das últimas quatro décadas e o ajuste estrutural na Colômbia, foi priorizada a utilização de fontes secundárias, enquanto que para as seções que abordaram a reforma sanitária colombiana e a análise da dinâmica das EPS, foi priorizada a utilização de fontes primárias.

Os documentos considerados como fontes foram coletados a través de uma busca quase sistemática, em bases de dados como: a Biblioteca Virtual em Saúde, LILACS, BIREME, PUBMED, JSTORE, Scielo, Redalyc, dentre outras, e bibliotecas e bases de dados de universidades e instituições como a *Universidad Nacional de Colombia*, *Universidad Externado de Colombia*, *Universidad del Rosario*, *Universidad de los Andés*, *Biblioteca Luís Angel Arango*, *Banco de la República (Col.)*, *Departamento Nacional de Planeación - DNP (Col.)*, *Ministerio de Hacienda (Col.)*, *Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE (Col.)*, *Ministerio de Salud (Col.)*, *Superintendencia Nacional de Salud (Col.)*, *Procuraduría General de la Nación (Col.)*, *Contraloría General de la Nación (Col.)*, *Asociación Colombiana de Medicina Integral - ACEMI (Col.)*, *Empresas Promotoras de Salud*, *Fondo de Solidariedad y Garantía - FOSYGA*, *Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud*, Banco Interamericano de Desenvolvimento, Banco Mundial, Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, e outras.

Foram utilizadas combinações de marcadores em espanhol e inglês para a busca documental, que incluíram; financeirização, ajuste estrutura, neoliberalismo, reforma sanitária, agenda internacional de reforma, *Managed care*, *Managed competition*, atenção gerenciada, concorrência regulada, *Pluralismo estructurado*, *Empresas Promotoras de Salud*, crises financeira, política de saúde, sistema de saúde, *Sistema General de Seguridad Social en Salud*, e outras.

A seleção dos materiais foi realizada com base nos critérios de pertinência, definidos por: período analisado; processo(s) analisado(s); grau de sistematização de fontes primárias e secundárias do texto; relação com as categorias e conceitos utilizados no marco teórico deste documento; saturação da interpretação construída na dissertação frente às diferentes dimensões do problema estudado; e em relação aos tempos estabelecidos no plano de trabalho desta dissertação.

Todos os textos foram revistos criticamente, estudando a estrutura e a relação entre o problema-objetivos-métodos-resultados, e procurando o diálogo entre fontes, na busca de dados, categorias ou conceitos que permitissem construir interpretações críticas.

No desenvolvimento desta dissertação encontraram-se vários inconvenientes e limites metodológicos. O maior foi a distância entre o local de trabalho do autor deste texto (Brasil), e o local de ocorrência do processo estudado (Colômbia). Apesar de ter realizado duas saídas de campo para levantamento de fontes, a distância terminou prejudicando a consecução de algumas fontes primárias, dadas as múltiplas travas burocráticas que teve que afrontar na solicitação destas, e que talvez teriam sido superadas por meio de recursos legais para acesso a informação sobre o uso dos recursos públicos por parte das EPS, mas que teriam significado um maior tempo.

Contudo, a maior fonte de informações sobre a intermediação financeira das EPS veio de fontes públicas, em particular da *Superintendencia Nacional de Salud*. Porém, como será criticado no momento de utilização destas fontes, as bases de dados, os informes, e demais documentos das instituições públicas sobre a atuação financeira das EPS, contêm seríssimos problemas técnicos, entre os que se destacam a ausência de definições técnicas e a falta de padronização terminológica e de formato.

Apesar destas dificuldades, consideramos que o conjunto de fontes utilizadas permitiu uma aproximação crítica profunda do problema estudado, e permitiu a construção de uma análise facciosa, sistemática e coerente das questões levantadas.

3 MARCO TEÓRICO

A continuação se apresenta o marco teórico desta dissertação que aborda: o processo de financeirização no sistema capitalista mundial e as políticas de saúde; o processo de financeirização e ajuste estrutural na Colômbia; e a reforma do sistema de saúde na Colômbia.

3.1 O processo da financeirização no sistema capitalista mundial e as políticas de saúde

3.1.1 O processo de financeirização no sistema capitalista mundial

Desde finais da década de 1970 desenvolveram-se importantes mudanças no sistema capitalista mundial, expressas numa série de reformas dos aparelhos produtivos e dos estados nacionais que modificaram as relações de produção e reprodução social, em termos da concentração da propriedade dos meios de produção, da regulação do trabalho assalariado, da regulação da moeda, da regulação dos sistemas de proteção social, e da própria atuação do Estado burguês. Foram modificadas as relações capital-trabalho, intensificando a exploração do trabalho produto da constituição da fração de classe da burguesia financeira como fração hegemônica no sistema capitalista. (GIRALDO, 2007; HARVEY, 2007; ROSAS, ASTIÉ-BURGOS, 2005)

A financeirização e a emergência do neoliberalismo constituíram-se nos traços dominantes do novo momento. Segundo Arrighi (1994), a expansão financeira experimentada neste período seria similar à experimentada em outros momentos de crise do sistema capitalista mundial sob a hegemonia de diferentes estados. Nesse sentido, está *financeirização*, ou expansão financeira, não seria uma fase nova do capitalismo, mas a crise final do período de hegemonia dos Estados Unidos.

[...] o capital financeiro não é uma etapa especial do capitalismo mundial, muito menos seu estágio mais recente e avançado. Ao contrário, é um fenômeno recorrente, que marcou a era moderna. Ao longo de toda a era capitalista, as expansões financeiras assinalaram a transição de um regime de acumulação em escala mundial para outro. Elas são integrantes da

destruição recorrente de “antigos” regimes e da criação simultânea de ‘novos’. (ARRIGHI, 1994, p. IX-X)

Ao referir-nos à financeirização neste texto, falaremos, por tanto, da fase de expansão financeira no ciclo de hegemonia Estadunidense, uma “nova fase” dentro desse *ciclo sistêmico de acumulação*. (ARRIGUI, 1994)

A financeirização é definida como a primazia do capital financeiro como expressão da riqueza e como relação social de produção dentro do sistema capitalista mundial. Como expressão da riqueza se evidencia em fenômenos como:

[...] a subida da relação, em valor, entre ativos financeiros e ativos reais; a elevação das operações cambiais totais sobre aquelas relativas ao comércio internacional; a superioridade das taxas de crescimento da riqueza financeira, em comparação com as do crescimento do produto e do estoque de capital; a escalada das transações transnacionais com títulos financeiros como percentual do PIB dos países avançados; a expressiva participação dos lucros financeiros nos lucros totais das corporações industriais. (BRAGA, 1997, p. 196)

Sua primazia como relação social de produção se expressa no fato de que é a fração da burguesia mundial que negocia com o capital financeiro quem comanda o processo de produção e reprodução do sistema capitalista.

[...] uma “classe financeira”, o que tende a concentrar nas mãos dos que operam a máquina monetária das sociedades industriais desenvolvidas, isto é, dos grandes bancos, um poder crescente no manejo estratégico das relações internas e externas da economia. (BELLUZO, 2009, p. 12)

O capital financeiro cria a chamada oligarquia financeira, uma classe de capitalistas que vive dos rendimentos desta forma de capital. (SOUZA, 2013, p. 214)

Quer dizer, a lógica de acumulação de capital têm sido orientada pela burguesia financeira global e localmente, pelo menos desde finais da década de 1970. “[...] esses agentes preponderantes promovem, organizam e regulam a expansão ou a reestruturação da economia capitalista mundial.” (ARRIGHI, 1994, p. 10)

Quantitativamente podem-se destacar dados como o fato de que os ativos financeiros representaram 3,7 vezes o PIB global no final do ano 2005, sendo estes ativos direitos de propriedade sobre a produção mundial de vários anos a seguir (MORRIS, 2009, p. 187). Ou como que o volume de transações em divisas foi, em 2002, 60 vezes superior ao intercâmbio de bens e serviços, sendo que só um de cada 60 dólares que circularam no mundo financiou operações reais. (GIRALDO, 2007)

Qualitativamente deve-se destacar que o comportamento dos investidores procura mais as rendas financeiras que os lucros do processo produtivo real, como consequência da queda tendencial da taxa de lucro deste, e do aumento do volume do capital acumulado a ser investido. (BELLUZZO, 1997; GIRALDO, 2007).

Portanto, a fórmula geral do capital apresentada por Marx (DMD') pode ser interpretada como retratando não apenas a lógica dos investimentos capitalistas individuais, mas também um padrão reiterado do capitalismo histórico como sistema mundial. O aspecto central desse padrão é a alternância de épocas de expansão material (fases DM de acumulação de capital) com fases de renascimento e expansão financeiros (fases MD'). Nas fases de expansão material, o capital monetário "coloca em movimento" uma massa crescente de produtos (que inclui força de trabalho e débitos da natureza, tudo transformado em mercadoria); nas fases de expansão financeira, uma massa crescente de capital monetário "liberta-se" de sua forma mercadoria, e a acumulação prossegue através de acordos financeiros (como da fórmula abreviada de Marx, DD'). (ARRIGHI, 1994, p. 6)

A principal esfera do lucro capitalista nesta fase é a troca de *papéis por papéis*, a ilusão do *dinheiro gestando dinheiro*. Mas esses ativos financeiros são passivos lastreados na produção real, passivos dos trabalhadores, das empresas e dos governos, que os condicionam diretamente (GIRALDO, 2007).

Entendida assim, a financeirização é uma organização particular dos atores no capitalismo que impõe uma dinâmica estrutural diferenciada comandada pela fração da burguesia financeira. Não se expressa só em alguns setores historicamente vinculados a práticas financeiras ou especulativas, mas em todos os agentes, privados e públicos, que modificam sua atuação.

Politicamente o processo está relacionado com a crise e a re-acomodação dos EUA como potência capitalista hegemônica, o denominado por Tavares como a *retomadas da hegemonia americana* (TAVARES, 1997). Foram determinações dos governos e do aparelho produtivo dos Estados Unidos durante a metade do século XX as que propiciaram a mudança de uma série de regulações do regime fordista, para dar passo ao regime "financeirizado", e que trouxeram repercussões em escala global.

As décadas de 1970 e 1980 foram o momento desta reconfiguração, que em síntese se expressou em:

[...] 1) a mudança de natureza do sistema monetário-financeiro com o declínio da moeda e dos depósitos bancários enquanto substrato dos financiamentos, substituídos pelos ativos que geram juros; 2) a securitização que interconecta os mercados creditícios e de capitais; 3) a tendência à formação de "conglomerados de serviços financeiros"; 4) a intensificação da concorrência

financeira; 5) a ampliação das funções financeiras no interior das corporações produtivas; 6) a transnacionalização de bancos e empresas; 7) a variabilidade interdependente de taxas de juros e de câmbio; 8) o déficit público financeiro endogeneizado; 9) o banco central Market oriented; 10) a permanência do dólar como moeda estratégica mundial. (BRAGA, 1997, p. 211)

O início deste processo teria sido a mudança do sistema monetário-financeiro global na década de 1970. Submetido a pressões fiscais pela perda de competitividade frente às economias da Alemanha, França e Japão, pelo aumento de dólares “descontrolados” em circulação internacional⁸, pela emissão de moeda para financiar suas incursões militares imperialistas no marco da guerra fria, e por um progressivo déficit comercial e fiscal, os Estados Unidos abandonaram o regime monetário de paridades fixas ouro-dólar, e estabeleceram um novo regime de câmbios flexíveis. (TAVARES, 1997)

A ruptura com o padrão monetário de Bretton Woods, que estabilizou o desenvolvimento do capitalismo global durante os chamados *anos dourados* sob a divisa *dólar*, produziu um crescimento rápido do mercado de divisas. Novas divisas surgiram, e tanto as empresas transnacionais como os governos procuraram através do mercado cambial maior segurança monetária, abrindo ao tempo um novo mercado de troca de *papéis por papéis* de grandes magnitudes, e muito propício para a especulação. (GIRALDO, 2007)

A quebra do padrão ouro-dólar produziu a queda do sistema de reservas nessa divisa como garantia das moedas nacionais de outros países, o que produziu um movimento de saída massiva do dólar. Pela grande liquidez gerada e a busca de *segurança monetária*, ampliaram-se significativamente tanto o mercado de divisas como o uso de instrumentos financeiros estruturados na ideia de “diminuir o risco” ante a instabilidade monetária. Esse foi o contexto do surgimento das *finanças estruturadas*, como são conhecidos uma série de produtos financeiros estruturados sob padrões matematizados, baseados na ideia de que é possível calcular o risco de um investimento e assegurar-lo por meio de desenhos “científicos”. As finanças estruturadas foram penetrando na economia global, gerando uma interconexão profunda de mercados financeiros espalhados pelo mundo e centralizados em Nova

⁸ Segundo Arrighi (1994) o fator isolado mais importante para a desestabilização das condições de cambio do dólar sob padrões de Breton Woods foi o crescimento “desregulado” da liquidez em dólares produzido pelas empresas transnacionais estadunidenses.

York. Esses instrumentos financeiros desenhados para segurança cambial e de investimentos, se converteram na base geral do novo sistema financeiro, que mostraria rapidamente seu profundo caráter especulativo. (ARRIGHI, 1994; GIRALDO, 2007; MORRIS, 2009)

O controle sobre o mercado de divisas passou progressivamente das mãos dos governos, através dos bancos centrais, à dos investidores globais, principalmente dos grupos financeiros e empresas transnacionais. A estabilidade monetária das nações, e com isto a estabilidade das economias nacionais, passou a depender da relação com estes atores. Como se verá, isto teve um efeito constrangedor sobre os países periféricos durante os processos de ajuste estrutural na década de 1980: mais endividados e com menos *reputação financeira* e capacidade de barganha no sistema capitalista global, estes países atravessaram por importantes reformas que visavam satisfazer a sede de lucro da burguesia financeira. (GIRALDO, 2007)

Durante a década de 1970, o crescimento de dólares em circulação fora dos Estados Unidos (pela saída da divisa de empresas e governos, assim como pelo capital proveniente do petróleo após das crises de subida de preços), geraram um volume enorme liquides de capital monetário procurando nichos de investimento. Os destinatários desse *capital excedente* foram os governos dos países periféricos, especialmente dos países da América Latina, através de empréstimos sob condições financeiras iniciais muito favoráveis.

Ao mesmo tempo, no interior dos Estados Unidos se deu um período de afrouxamento da política monetária que produziu um aumento marcado do crédito, com grandes volumes de empréstimos privados e públicos para consumo e investimento. A consequência mais importante deste período de expansão do crédito mundial baseada no “excesso” de dólares, foi a perda do valor deste, assim como a perda da confiança nos Estados Unidos como “regulador da economia global”. (HARVEY, 2007)

Foi nesse contexto de questionamento da hegemonia estadunidense no capitalismo global, que surgiram os programas neoliberais. Depois de terem tido uma primeira experiência com o governo ditatorial de Pinochet em Chile, o neoliberalismo serviu de bandeira para impulsionar o reposicionamento dos Estados Unidos como potência hegemônica, tentando impor sua agenda globalmente. Contudo, o impacto

do receituário neoliberal foi diferenciado dependendo do posicionamento dos estados no sistema capitalista global, e seu poder de barganha frente ao capital financeiro. As reformas implementadas foram mais profundas para os países periféricos, e em particular sobre América Latina. (BELLUZZO, 1997)

Os pioneiros globais do neoliberalismo foram os governos dos países capitalistas centrais, as agências financeiras multilaterais e os atores financeiros privados que adiantaram agressivas estratégias de pressão para a implementação da agenda neoliberal.

Provavelmente foi o *Shock Volcker* em 1981, com a subida abrupta dos juros dos títulos do Tesouro dos Estados Unidos, a principal medida que permitiu a retomada do valor e confiança sobre o dólar, e recolocou os Estados Unidos como potência hegemônica global, com Wall Street como principal centro financeiro, ao tempo que espalhou com violência a agenda neoliberal (BELLUZZO, 1997; MORRIS, 2009)

Belluzo (2009) descreve o processo assim

Nos anos 80, a ampliação dos déficits – orçamentário e comercial – dos Estados Unidos foi um fator importante para dar um segundo impulso e uma nova direção ao processo de globalização e de desregulamentação financeira. A estabilização do dólar aumentou a participação dos títulos americanos na formação da riqueza financeira demandada pelos agentes privados americanos e de outros países. Os papéis do governo dos Estados Unidos, dotados de grande liquidez, substituíram o ouro como ativo final de reserva. [...] A prerrogativa de administrar a moeda-reserva conferiu aos Estados Unidos o privilégio de abrigar os mercados de dívida e de direitos de propriedade mais líquidos e profundos da cadeia de inter-relações financeiras. (BELLUZZO, 2009, pp. 16-17)

A consequência quase imediata para os países periféricos foi a *Crise da Dívida* de 1982. A subida geral dos juros depois do *shock*, levou a inadimplência de alguns países e a crise de pagamentos de outros. As chamadas reformas estruturais foram instituídas como requisitos de adaptação destes para o refinanciamento da dívida. Era claro, a política fiscal tinha que se acomodar para garantir o fluxo de recursos dos Estados endividados aos credores, ao tempo que toda a economia devia permitir a expansão do capital financeiro que continuava a se multiplicar. (BELLUZZO, 1997; HARVEY, 2007)

Com o repasse do controle do mercado de divisas às empresas transnacionais e à burguesia financeira, foi exigido dos governos nacionais medidas de estabilização

do valor das moedas, especialmente medidas anti-inflacionárias, que passaram a ser centrais dentro da agenda neoliberal para estabelecer a nova ordem monetário-financeiro. Basicamente, o programa neoliberal estava baseado em normas quantitativistas para conservar o valor das moedas e dos ativos financeiros (monetarismo), e para facilitar a circulação destes capitais na busca de lucro, abrindo novos mercados e reacomodando os existentes ao livre jogo dos investidores (ajuste estrutural). (GIRALDO, 2007)

As políticas anti-inflacionárias implicavam a eliminação do direito dos Estados a financiar seus déficits a través da emissão de moeda pelos bancos nacionais. O déficit devia ser financiado a través do mercado privado de capitais com a venda de títulos públicos. O controle do déficit fiscal também foi estabelecido como um objetivo central ante a necessidade de garantir o pagamento da dívida, daí as exigências de recorte do gasto social e de privatização dos ativos públicos. (GIRALDO, 2007)

Também foram parte das políticas exigidas durante os ajustes: a diminuição de salários; a terceirização e precarização do trabalho; a desregulação comercial e financeira; as políticas de taxa de câmbio e taxa de juros interdependentes das políticas estadunidenses; os bancos centrais autônomos; e as reformas tributárias regressivas. (GIRALDO, 2007)

No campo da política social, a perspectiva neoliberal exigia a diminuição do gasto, impulsionando reformas dos sistemas de seguridade social e saúde. Os objetivos eram duplos: primeiro, o *equilíbrio* na balança de pagamentos (frente ao progressivo déficit produzido pelo aumento do valor total e dos juros da dívida externa e interna); e segundo, liberar os fundos públicos destinados aos sistemas de políticas sociais como novas fontes de capital e como novos nichos de mercado. Tanto o processo de ajuste estrutural, quanto o de reforma do sistema de saúde, serão analisados e aprofundados para o caso colombiano em seções seguintes deste trabalho⁹. (GIRALDO, 2007; HARVEY, 2007; WAITZKIN, 2011)

Os limites desta fase de expansão financeira do sistema capitalista mundial sob a liderança dos Estados Unidos, mostraram-se rápido. “O *crash* da bolsa de Nova York em outubro de 1987 [...] [chamava] a atenção para os riscos implícitos na

⁹ Ver seção 3.2 e 3.3

globalização, sob o comando do dólar e da finança ‘desregulamentada’.” (MORRIS, 2009, p. 21).

Consideramos fundamental compreender algumas das dinâmicas e instrumentos financeiros que estiveram no centro dos ciclos de crise que se sucederam no sistema capitalista mundial desde então. Isto porque, por um lado, todas as crises financeiras do período afetaram a economia colombiana de forma importante, como se analisará na frente, mas também, procurando compreender conceitual e historicamente alguns mecanismos do processos de financeirização que consideramos relacionados com a dinâmica financeira estrutural das EPS dentro do sistema de saúde colombiano entre 1993 e 2010, e que estariam imbricadas no seu processo de crescimento e expansão, e de crise e falência.

Os elementos críticos que estiveram no centro das crises financeiras que desde então se apresentaram, tiveram sua origem nos mesmos mecanismos que permitiram a financeirização: as finanças estruturadas, intimamente relacionadas com a e a matematização das transações; e o crescimento do mercado de derivativos. (MORRIS, 2009, p. 44)

As finanças estruturadas, como dito, são uma série de produtos financeiros estruturados sob padrões matematizados, fundamentados na ideia de que é possível calcular o risco de um investimento e assegurara-lo por meio de modelos matematizados de comportamento frente ao risco, desenhos “científicos”. Quer dizer, baseados na possibilidade de *securitizar* os investimentos.

Os principais produtos das finanças estruturadas foram os *securities*, como foram denominados os ativos “segurados”, que se construíam reorganizando passivos de diferentes qualidades, e reagrupando-os segundo *níveis de risco* de inadimplência calculados, para produzir novos ativos financeiros com níveis de rendimento e qualificações de risco diferentes. Em última instância o processo consistia em transformar dívidas em ativos financeiros produtores de lucro, que entraram a ser negociados nas bolsas de valores globalmente. As *Collateralized Mortgage Obligations* (CMO), as *Collateralized Loan Obligation* (CLO) e as *Collateralized Debt Obligations* (CDO), são exemplos deste tipo de instrumentos.

Os *derivativos* são outro tipo de ativos centrais das finanças estruturadas. São instrumentos financeiros desenhados como direitos condicionados sobre outros

ativos, quer dizer, são acordos financeiros que representam opções sobre estes (compra ou venda sobre determinado preço; troca por outro ativo; etc.).

Com o desenvolvimento das telecomunicações, e a volatilidade do sistema monetário sem lastre real, os ativos das finanças estruturadas se converteram na base de um sistema altamente especulativo que se concentrava em explorar pequenas diferenças de valor em períodos de tempo cada vez mais curtos. Esse comportamento voraz pelo lucro, de atores desconectado do processo produtivo de criação do valor do que dependia o pagamento das dívidas, gerava por sua vez maior instabilidade num sistema já frágil e progressivamente mais interconectado.

Estes instrumentos foram desenvolvidos até chegar a desenhar *portfólios sintéticos* de derivativos e ou *software* automatizados para a negociação de *securities*, produtos altamente matematizados e computadorizados que perderam cada vez mais sua conexão dos próprios sujeitos do próprio mercado financeiro, e se concentraram em explorar possibilidades de lucro derivadas de cálculos matemáticos complexos baseados na ideia de que o comportamento tanto da produção, como dos investidores, pode ser parametrizado e previsível. (MORRIS, 2009, pp. 90-92).

A matemática dos grandes portfólios faz uma analogia dos movimentos de preço com modelos de difusão de calor e de deslocamento de moléculas de gás, nos quais incontáveis microinterações aleatórias levam a macroresultados altamente previsíveis. [...] Grandes portfólios de títulos normalmente se comportam mais ou menos como a matemática sugere. Mas as analogias perdem a validade em momentos de estresse. (MORRIS, 2009, p.103) [...] Os novos “quantitativistas” conseguiam trincar e remontar classes de ativos antiquadas de forma que elas atendessem às necessidades dos investidores. As transações computadorizadas de grandes volumes podiam explorar pequenas variações nos preços das ações e nas taxas de juro. (MORRIS, 2009, pp. 83)

Porém, no médio prazo, até os desenhos mais refinados mostraram seus limites em momentos de *estresse*, onde as “opções racionais” dos agentes financeiros não seguiram a teoria e levaram a crises ou quebras de grandes setores produtivos, de economias nacionais, e até do sistema capitalista como um todo. Sistemáticamente as falhas dos modelos matemáticos foram afrontadas com a socialização e exportação (por parte dos centros imperialistas) das perdas. Em parte, isto é explicado pelo fato dos ativos financeiros serem passivos dos trabalhadores, empresas e Estados, mas também, e fundamentalmente, porque o investimento sobre esses ativos se faz através de *alavancagem*, que é a multiplicação do capital disponível para operações financeiras por meio de empréstimos que supera a quantidade de capital próprio em

uma operação, e que já chegou a mostrar relações de 100 a 1 da proporção capital próprio e *alheio*: alheio em todo o sentido da palavra, sendo que sistematicamente foi o valor produzido socialmente o que se viu destruído pelos movimentos dos agentes financeiros alavancados. (MORRIS, 2009)

As crises financeiras se deram repetidamente nas décadas de 1980 (crise do mercado de ações e das *Saving and Loans*), de 1990 (crise das empresas *ponto com* e crise Asiática) e de 2000 (Crise das CMO)¹⁰.

Com a abertura comercial e financeira do ajuste estrutural, com a reestruturação das relações salariais e laborais no mundo – flexibilização, terceirização, cortes salariais, etc. -, e com a transferência de capitais da periferia aos centros financeiros, o lucro das empresas transnacionais, e os rendimentos das suas ações aumentaram de maneira importante na primeira metade da década de 1980. Enquanto para a maioria dos países da América Latina se falava da *década perdida*, em Wall Street se falava da *década da ganância* e do milagre do neoliberalismo.

[...] os mercados enlouqueceram. Os ganhos com a primeira onda de aquisições foram tão espetaculares que grandes investidores, como fundos de pensão e dotações, clamavam por participar, enquanto novos fundos se multiplicavam como baratas. Diferentemente, digamos, da siderurgia, os mercados financeiros oferecem oportunidades de retornos muito grandes e muito rápidos, atraindo operadores astuciosos que normalmente usam dinheiro emprestado dos bancos. [...] A “*década da ganância*”, como esse frenesi de negócios passou a ser chamado, durou aproximadamente de 1986 a 1989. Quando a histeria cessou, o colapso levou só dois meses. (MORRIS, 2009, pp. 74-76)

Era claro, a onda de lucro baseado no aumento da exploração dos países periféricos, e ainda dos trabalhadores dos centros capitalistas, mostrou seus limites. A alavancagem mobilizada para transações de ações lastreadas em empresas do setor real, assim como o desenvolvimento de instrumentos entrecruzados cada vez mais complexos, fez o mercado de ações altamente sensível a qualquer alteração do mundo da produção, e por isto, altamente volátil num mercado global de características monopolísticas. O rápido colapso demonstrou a fragilidade da pirâmide.

A crise de finais da década de 1990, das empresas *ponto-com*, tem semelhança com a crises anterior contanto que houve um aumento real do lucro inicial no mercado

¹⁰ Outras crises financeiras a destacar são: de México em 1993; do mercado imobiliário dos EUA em 1994; do Japão em 1995; da Rússia em 1998; do Brasil em 1999; e da Argentina em 2001.

financeiro a partir das modificações nas relações no mundo da produção. Nesse caso, os fatores importantes foram as inovações tecnológicas associadas à internet e ao vale de silício, assim como a incorporação dos ex-países socialistas ao sistema capitalista mundial. Sobre esse crescimento de produção de valor real, a alavancagem e a especulação criou uma estrutura financeira interconectada e frágil que terminou por colapsar, atingindo as finanças e o mundo da produção real por todo o mundo, e que terminou exportando-se e concentrando-se sobre Ásia. “Embora o boom de empresas ponto-com tenha sido alimentado por tecnologias novas e excitantes, a bolha em si foi um caso padrão de sensacionalismo e exagero do mercado acionário.” (MORRIS, 2009, p. 83)

Finalmente a crise hipotecária de 2007 esteve fundamentalmente baseada no *crash* de um tipo de ativo securitizado lastreado nas hipotecas de moradia; as *Collateralized Mortgage Obligations*¹¹. O processo se deu no contexto de uma política monetária frouxa liderada pelo FED¹², com grandes empréstimos e intermediação de capital por uma ampla gama de investidores das *altas finanças*¹³ à procura de maiores taxas de retornos, que fizeram enormes investimentos alavancados em um tipo de ativos baseado em dívidas hipotecárias concedidas sobre condições que não garantiam o pagamento, como as hipotecas concedidas sem documentação - hipotecas *Alt-A* -, ou hipotecas a devedores sem salário, sem poupança e sem ativos¹⁴.

¹¹ “CMO (*Collateralized Mortgage Obligation*), inventada em 1983 por Larry Fink e uma equipe do banco First Boston para a Freddie Mac. As hipotecas eram transferidas para um *trust*, exatamente como em um repasse, mas depois eram divididas horizontalmente em três segmentos, ou *tranches*, com títulos diferentes em cada segmento. O truque era que os títulos da *tranche* superior, que representavam, digamos, 70% do valor vendido, tinham prioridade para receber *todos* os fluxos de caixa. Com o é inconcebível que 30% de um portfólio de hipoteca normal possa ficar inadimplente, os títulos dessa *tranche* obtinham uma classificação AAA, e pagavam rendimentos proporcionalmente baixos. A segunda *tranche* em geral incluía os 20% de hipotecas seguintes e era vendida com um rendimento um pouco maior, enquanto a terceira *tranche*, que cobria os últimos 10%, era a primeira a absorver todas as perdas. Mas como ela também absorvia todo o rendimento poupado dos títulos com classificação superior, podia pagar rendimentos muito atraentes [...]” (MORRIS, 2009, pp. 85-86)

¹² Que chegou a empréstimos interbancários “grátis”, quer dizer, os juros sobre os empréstimos eram menores que o ajuste da taxa de inflação. (MORRIS, 2009)

¹³ Bancos Comerciais, Bancos de Investimento, *Shadow Banks*, *Special Investment Vehicles*, *Hedge Funds*, *Mutual Funds*, etc.

¹⁴ Os títulos hipotecários foram os principais, mas não os únicos no centro da recente crises, créditos privados sobre veículos, educativos, e créditos comerciais sobre hipotecas, etc., também formaram parte do *crash*.

Esta classe de ativos baseados em dívida “[...] extremamente alavancados, ilíquidos, financiados no curto prazo, [...] construídos a partir de títulos que carregam eles próprios um alto risco de inadimplência [...]” (MORRIS, 2009, pp. 39-40) estavam profundamente interconectados através dos portfólios de bancos e investidores transnacionais, garantindo que falhas em qualquer parte do sistema financeiro se propagassem rapidamente, como foi exatamente o caso do 2007.

Porém, é necessário ressaltar que as crises trouxeram grandes benefícios para parte dos atores financeiros envolvidos. As comissões milionárias eram regra em transações milionárias, e os recursos investidos eram alavancados através de bancos e instituições receptoras de depósitos de outras classes sociais: “No topo da pirâmide da distribuição da riqueza e renda, os credores líquidos se apropriavam de frações cada vez mais gordas da valorização dos ativos reais e financeiros.” (MORRIS, 2009, pp. 22-23). Mas se bem é certo que as perdas prejudicaram fundamentalmente às classes subalternas, e em particular nos países periféricos, também boa parte dos atores financeiros levaram perdas, e em particular aqueles em posições fracas de poder dentro do sistema político e financeiro global, como os fundos de pensões de países periféricos, por dar um exemplo¹⁵. São particularmente significativas as socializações das perdas das crises financeiras sobre os fundos de pensões, em contraste com os resgates a bancos e instituições privadas com fundos públicos. Através desse mecanismo, dentre outros, as diferentes crises financeiras geraram privatizações de ativos públicos proporcionais as perdas, como bem assinalou Harvey. (HARVEY, 2007; MORRIS, 2009)

Analisando a relação entre os pressupostos do mercado financeiro desregulado que impulsionou agenda neoliberal globalmente, e que se baseava na ideia de que o interesse dos agentes privados em concorrência sempre produzia eficiência, e com isto bem-estar social, Morris (2009) ressalta

[...] a supervisão das contrapartes funciona muito bem, desde que se esteja disposto a aceitar um crash ocasional “das economias de muitos países”. Mas, dadas as enormes recompensas acumuladas para operadores que estão no topo da cadeia alimentar, [...] os verdadeiros crentes no mercado talvez achem que esse é um preço bastante baixo.” (pp. 100-101) [...] Na classe de instrumentos da qual vimos falando, há relativamente poucos

¹⁵ Parece importante revisar a análise de Morris (2009) sobre o papel de compradores dos ativos financeiros com maior risco que jogam os atores financeiros periféricos, é que são os primeiros em assumir perdas nos momentos de crises. Vale a pena revisar a dinâmica dos chamados “ativos tóxicos” da crise financeira global que começou no 2007. (MORRIS, 2009)

“nomes”, ou empresas subjacentes, envolvidas com grande volume de transações no máximo algumas centenas. E a maior parte das transações é feita por alguma quantidade relativamente menor de instituições, basicamente os bancos globais, bancos de investimento e fundos de hedge que compram/vendem risco de crédito. De fato, eles construíram uma imensa e instável torre de dívida em que a base é mais estreita que o topo, vendendo-a para um lado e para outro entre eles mesmos, e o tempo todo contabilizando lucros.” (2009, p. 188)

Para finalizar esta curta análise das crises econômicas do último período de expansão financeira capitalista, parece importante salientar que uma das características mais importantes da última grande crise financeira, foi sua amplitude e rápida difusão pelas economias capitalistas centrais, que produziu uma recomposição das relações de poder dentro do sistema capitalista mundial que ainda não concluiu [2015], colocando o papel de potência capitalista hegemônica em disputa. (CALLINICOS, 2010)

Em geral, a estrutura financeira do sistema capitalista mundial entre começos da década de 1980 e finais da década de 2000, pode ser descrita como uma extensiva rede global que progressivamente ampliou sua abrangência setorial e territorial, aumentando seu domínio sobre o trabalho e o mundo da produção, e construída sobre pressupostos que demonstraram repetidamente sua falibilidade é que só confirmaram a contínua e crescente apropriação do lucro por uma pequena fração da burguesia financeira, levando a economia global, em especial à periferia capitalista, e em particular aos mais explorados dos explorados pela rede de poder baseadas em relações sociais de classe, gênero e raça, a situações de exploração maiores que no começo desta fase de ampliação financeira.

Passo agora à análise de uma das facetas da desapropriação e destruição dos ativos públicos, e que resulta ser o campo de estudo no qual está alocado o objeto pesquisado: as reformas dos sistemas de saúde empreendidas durante os processos de financeirização e ajuste estrutural.

3.1.2 As políticas de saúde no processo de financeirização

Como dito, o processo de expansão financeira da última metade do século XX debilitou as relações sociais de produção existentes e exigiu a reorganização das

regularidades institucionais de funcionamento do sistema capitalista mundial. No primeiro momento, durante a década de 1970, o capital financeiro dirigiu-se aos países periféricos através de empréstimos como capital portador de juros. Os recursos públicos dos Estados periféricos, especialmente os da América Latina, comprometeram-se crescentemente com a reprodução ampliada destes capitais, e a dependência dos credores foi ficando mais evidente até culminar na *crise da dívida*. (BRETAS, 2013; SOUZA, 2013)

A responsabilidade política da crise foi atribuída aos Estados e governos de “gastos irresponsáveis”, sem responsabilizar bancos e demais credores que frente a sinais claros de crise de pagamentos, pela não expansão produtiva dos Estados endividados, e pelo aumento progressivo da dívida, continuaram sua carreira prestamista¹⁶. (BAER, LICHTENSZTEJN, 1989; TOUSSAINT, 2006)

A defesa dos credores foi implacável por parte dos governos dos países imperialistas e pelos organismos financeiros multilaterais. Com o reposicionado governo dos Estados Unidos à cabeça, e sendo o capital financeiro estadunidense o mais envolvido nos empréstimos aos Estados periféricos, surgiu o denominado *Consenso de Washington*, que foi um acordo entre as autoridades econômicas de Washington, os organismos financeiros multilaterais (sediados na mesma cidade), e os agentes dos mercados financeiros, para garantir os direitos de propriedade dos credores. Do *Consenso* derivaram-se os ditos programas de ajuste estrutural. (BRETAS, 2013). Em geral as medidas propostas estavam concentradas em mudanças do regime fisco-financeiro, das instituições governamentais e das políticas públicas (GIRALDO, 2007).

Giraldo (2007, p. 137) enumera as propostas originais do *Consenso* segundo expressado em documentos do Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID: redução de déficits fiscais; bancos centrais independentes e instituições de planejamento orçamentário sólidas; reorientação do gasto social (focalização); aumento do gasto em educação básica; reforma tributária aumentando a base de

¹⁶ Como sinaliza Toussaint (2006), desde começos da década de 1970 já se identificava a possibilidade de uma crise da dívida pela incapacidade dos países endividados de manter os desembolsos. Os sinais de alerta se multiplicaram durante toda a década, e até foram analisadas por diretivos do Banco Mundial, banqueiros privados, e funcionários do governo estadunidense. Nos anos antes da crise, manejava-se um duplo discurso, um privado e outro público, onde ao tempo que se tranquilizava os países endividados, se advertia aos bancos sobre o risco elevado dos empréstimos.

tributação; liberalização financeira; taxas de câmbio unificadas; liberalização comercial; fomentar investimento estrangeira direta; privatizações e desregulamentação trabalhista; e garantia do direito de propriedade.

Grosso Modo, a política neoliberal receitava a diminuição da intervenção estatal na economia e o livre funcionamento do mercado, do *mercado financeiro*. Era a política do Estado mínimo para o trabalhador e Estado máximo para os capitalistas. (BEHRING, 2013; SOUZA, 2013)

As mudanças foram apresentadas desde uma perspectiva técnica e apolítica, tentando tirar da esfera pública o debate econômico. As “novas instituições independentes” e técnicas, como os bancos centrais, os ministérios de tesouro ou fazenda, e os departamentos de planejamento, deviam administrar a política fiscal e monetária de maneira articulada aos ritmos do *mundo globalizado*. Mas as pressões políticas e econômicas para adotar as reformas foram muito além do técnico. Por canais formais como os organismos multilaterais (BM, FMI, BID), e informais, como qualificações de risco financeiro das dívidas dos Estados por parte de agentes do mercado financeiro, os Estados foram pressionados a reformar suas instituições. Sobre esta relação de poder entre os Estados e os que podem ser denominados representantes do capital financeiro, um verdadeiro *comité executivo*, parece útil seguir a análise de Giraldo (2007, p. 114) que aponta que a “*lógica financiera expresa un poder real y concreto sobre la sociedad. Las acreencias financieras expresan derechos de propiedad y derechos de renta sobre el producto social*”, e foi este poder que foi utilizado para negociar com os Estados periféricos.

O aspecto ideológico do panorama pode ser identificado como a apresentação das reformas como motivadas pelo interesse geral, com racionalidade técnica, e de caráter inevitável. A mercadorização de direitos sociais se impôs diante de uma lógica individualista, destruindo a noção do direito e justificando a desapropriação dos bens públicos.

Com os ajustes, produziu-se o retorno líquido de capital em forma de pagamento de dívida por parte dos Estados aos credores e centros financeiros: isto por meio da apropriação de uma parcela cada vez maior do fundo público, da negociação de ativos sociais, da maior exploração dos trabalhadores, e da abertura de novos mercados. Este capital liberado propiciou novos ciclos de investimento, que

no final da década de 1980 e a década de 1990, incorporaram a esfera da proteção social e saúde dentro do seu ciclo de reprodução ampliada financeirizada. (BEHRING, 2013; BRETAS, 2013; SOUZA, 2013)

Pode ser defendido que as reformas dos sistemas de saúde propostas para todos os estados capitalistas, se bem adotadas de maneira diferenciada dependendo dos casos nacionais, tiveram duas forças motrizes principais, e profundamente interconectadas: a primeira, e fundamental, foi o processo de expansão financeira que temos vindo relatando; a segunda, foi a dinâmica do setor saúde, que durante a segunda metade do século XX progressivamente se transnacionalizou através da atuação do complexo econômico da saúde propiciada desde os Estados Unidos.

Os anos *dourados do capitalismo* foram o marco onde a indústria farmacêutica e de equipes médicas cresceu e se transnacionalizou relacionado com os avanços tecnológicos (muito articulados com outros ramos industriais: militar, telecomunicações, petroquímica, etc.), e no marco da expansão dos sistemas de saúde dos chamados Estados de Bem-estar. O crescimento do gasto fiscal em serviços de saúde, registrado globalmente durante estes anos, teve a ver de perto com o crescimento deste complexo econômico da saúde. A expressão mais clara do fenômeno se deu nos Estados Unidos, onde grandes conglomerados de prestação de serviços configuraram-se já desde meados do século XX.

Entre as décadas de 1970 e 1980 produziu-se um processo importante de mudança ao interior do setor nos EEUU que marcaria a tendência da agenda internacional de reforma sanitária; a expansão dos seguros de saúde. Promovido pelo resgate neoliberal das propostas do *Managed Care*, a expansão destas instituições conseguiu vincular não só a uma maior parcela da população trabalhadora, mas também populações subsidiadas pelo Estado através de *Medicaid* e *Medicare*. A captura setorial de recursos públicos e privados, que se converteram em motores de novas aventuras financeiras, cresceu desta forma. (HERNÁNDEZ, 2012)

A emergência dos seguros de saúde como novo ator dominante do setor mudou as relações internas do Complexo Econômico da Saúde. O Complexo, antes inserido na lógica industrial e de prestação de serviços, experimentou a dominação da intermediação financeira, gerando tensões, resistências e conflitos, que concluíram com mudanças que atingiram diferencialmente as diferentes instituições e atores,

refletindo em geral a tensão entre capital industrial e capital financeiro existente nesta fase de financeirização. (IRIART, 2008; WAITZKIN, 2011)

Segundo Waitzkin (2011), após o aumento da concorrência dentro do mercado estadunidense de seguros de saúde, e do desenvolvimento da regulação estatal diante as crescentes reclamações públicas e as irregularidades, e com a subsequente diminuição da taxa de lucro, apresentaram-se múltiplas crises setoriais expressas em saídas do mercado de várias seguradoras na busca de novos cenários a nível global¹⁷.

Conceitualmente, estas grandes empresas seguradoras de saúde que se repartiram o mercado estadunidense, poderiam ser vistas como conglomerados financeiros com um padrão de difusão transnacional similar a corporações de outros ramos, e que foram precisamente as corporações que provocaram, impulsionaram, e se beneficiaram, dos pacotes de reformas que cavalgaram pelo mundo. (GIRALDO, 2007)

O *Consenso de Washington*, e a necessidade dos conglomerados do complexo econômico da saúde, dominados pelas seguradoras na lógica do MCA, produziram o impulso para as reformas sanitárias de finais de 1980 em diante. As lógicas do MCA, junto com orientações gerais do Consenso, se expressaram nos documentos prescritivos das reformas dos organismos financeiros multilaterais, e secundariamente dos documentos dos organismos *especializados* em saúde a nível global (OMS, OPAS).

O que poderia ser denominada uma verdadeira *Agenda Internacional de Reforma dos Sistemas de Saúde*, começou a ser formulada de forma contundente desde 1987, quando o BM publicou um primeiro documento que explicitava a proposta. O Informe *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform* (BANCO MUNDIAL, 1987) foi considerado o ponto de referência mais importante para as reformas empreendidas. O documento estava dividido em duas partes: na primeira, realizava um diagnóstico dos problemas dos serviços de saúde, assinalando o gasto insuficiente em programas custo-efetivos, a ineficiência dos programas governamentais e a inequidade da universalidade dos programas públicos;

¹⁷ Waitzkin e Iriart (2002) afirmam. "In the tradition of tobacco and pesticides, U.S. corporations are exporting to third-world countries –in the form of managed care- products that have come under heavy criticism domestically." (p.2)

na segunda parte, estabelecia os direcionamentos para a reforma propondo copagamentos dos usuários pelo uso dos serviços, incentivos para o desenvolvimento de seguros de saúde, fornecimento da prestação privada de serviços de saúde, e descentralização dos sistemas. O documento também estabelecia as estratégias para impulsionar as reformas, sugerindo pautar reformas ao financiamento dos serviços de saúde ao negociar empréstimos e ajudas internacionais, e aumentar os empréstimos diretos para as reformas setoriais. É de ressaltar que o documento realiza a diferenciação entre bens públicos e privados, estabelecendo linhas claras de responsabilidades do mercado e do Estado no financiamento dos serviços de saúde. (ALMEIDA, 2006; TORRES, 2008)

Em 1993 o BM publicou outro documento emblemático: o Informe de Desenvolvimento Mundial intitulado *Investing in Health* (BANCO MUNDIAL, 1993). O documento era uma prescrição pragmática para continuar as reformas. O informe analisava a partir de uma perspectiva econômica os indicadores de saúde disponíveis em vários países, para depois estabelecer prioridades de investimento sob padrões de custo-efetividade. Os instrumentos sugeridos para o desenho de novas políticas sanitárias refletiam bem a orientação econométrica restritiva da agenda, sendo estes: carga global da doença, DALYs (Disability-Adjusted Life Year), e pacotes de serviços básicos. Foi nesse documento onde se orientou mais claramente a focalização dos serviços estatais, banindo a universalização, e impulsiona-se as privatizações e os cortes do gasto fiscal. (ALMEIDA, 2006; HERNÁNDEZ ET AL., 2012)

O processo de formulação desta agenda de reformas não foi estático, e foi-se adaptando as diversas críticas e limites contextuais para sua implementação, mantendo, porém, uma unidade teórica e ideológica nas linhas estreitas do *Consenso*. Mais recentemente foi apresentada uma proposta ambiciosa que pretendia integrar todas as reformas no campo amplo da seguridade social. No ano de 2000, o Banco Mundial publicou um documento intitulado *Manejo Social do Risco: um novo marco conceitual para a proteção social e além* (HOLZMANN, JØRGENSEN, 2000), onde reiterando a proposta de responsabilidade estatal mínima na proteção social através do mecanismo de focalização, colocava o seguro individual como o mecanismo idôneo das políticas de proteção, com a categoria do risco (financeiro) como elemento central. Como bem assinalaram vários autores analisando a proposta, tratava-se mais de

mecanismos de incorporação as populações excluídas ao jogo do mercado, que de proteção contra a dinâmica do mesmo (GIRALDO, 2001; SOUZA, 2013).

Como visto, as prescrições de política dos organismos financeiros multilaterais estiveram marcadas e orientadas pelas necessidades dos agentes financeiros, e procuraram a inclusão da intermediação deste capital nas políticas de saúde e proteção social. A focalização, o seguro individual, a privatização, todas foram estratégias impulsionadas para a consecução deste verdadeiro *meta-objetivo*. A mensagem parecia clara, *as reformas setoriais tratavam-se mais de assuntos financeiros do que sanitários*. Agora parece claro que era por este motivo que as instituições introduzidas por esta via nos sistemas de proteção social e saúde, mais do que atores setoriais, comportavam-se como atores financeiros¹⁸.

Como dito, se bem o impulso às reformas das políticas sociais foi a nível mundial, está atingiu em especial os países periféricos, principalmente a América Latina. Regionalmente, o modelo de seguridade social e saúde prévio estava baseado no ideal de universalidade representado pelos sistemas de “Bem-Estar Social” europeus. Mesmo quando este modelo só se constituiu nesse cenário, foi replicado globalmente com outras formulas que procuravam a universalidade da prestação estatal de serviços considerados como direitos sócias. Esping-Andersen (1991) após detalhados análises de casos, sugere que as reformas neoliberais não penetraram de forma importante na Europa pelos fortes acordos sociais que implicaram (e implicam) a estruturação de esses sistemas. Não sendo esse o caso geral da América Latina, ainda que com importantes exceções como o Brasil, a reforma teria afetado mais profundamente à região, não só pela presença de sistemas de proteção social e saúde “mais fracos”, mas também por Estados com menos ferramentas de poder para a negociação, e classes trabalhadoras e organizações sociais e políticas com menos poder de negociação das políticas sociais, em muitas ocasiões muito debilitadas pela repressão das ditaduras ou Estados antidemocráticos, e pelas modificações do mundo de trabalho introduzidas com a financeirização. (BRETAS, 2013, p. 110)

As modificações nas relações de produção e reprodução sociais afetaram a estrutura estatal e as políticas públicas. As reformas estatais dos sistemas de proteção

¹⁸ Granemann (2013) referindo-se aos fundos de pensão de capitalização individual argumenta “[...] trata-se de um agente de investimento, um instrumento do mercado de capitais; em suma, de uma instituição não previdenciária.” (2013, p. 252)

social aumentaram os recursos disponíveis para a intermediação financeira, tanto por meio dos seguros privados de saúde e pensões, quanto pela maior disponibilidade estatal de divisas para o pagamento aos credores financeiros. Esses recursos se converteram em novas fontes de crédito iniciando novos ciclos de especulação: os capitais dos fundos de pensões viraram os principais investidores institucionais dos títulos da dívida pública, e os seguros privados de saúde também constituíram-se em importantes intermediários. (GIRALDO, 2001; MORRIS, 2009)

O ingresso das corporações de seguros de saúde na América Latina foi exposto por Waitzkin (2011), que mostrou as dinâmicas cíclicas de aumento rápido de investimento depois das aberturas financeira, com grandes níveis de rentabilidade, para depois passar por períodos de contração e fuga de capitais. Segundo este autor, Brasil e Argentina tiveram uma expressão importante deste fenômeno com a entrada de corporações como Cigna e Aetna. As três formas principais de entrada nos mercados destes países destas corporações foram: a compra de companhias de seguros de saúde; associações com companhias nacionais na figura de “joint ventures”; e, acordos para gerenciar instituições do setor público e da seguridade social. (IRIART ET AL, 1999, 2000; WAITZKIN, 2011)

Parece importante assinalar que na medida em que as empresas de seguros de saúde privados viraram hegemônicas nos sistema de saúde, e sendo dependentes da lógica financeira, todo o sistema ficou mais instável e fraco quanto às variações financeiras gerais, como tentarei demonstrar para o caso do sistema colombiano. Hipoteticamente algumas das mudanças e re-acomodações dos sistemas poderiam ter muita relação com os momentos de expansão e crise financeira: por exemplo, uma hipótese a explorar é a relação entre a absorção de instrumentos financeiros *podres* (tranches inferiores dos ativos securitizados) por parte dos fundos de saúde da América Latina, e os momentos de crise setorial.

Para finalizar esta seção citarei Granemann (2013), que informa que, os trabalhadores que entraram no circuito de extração de lucro dos agentes financeiros de intermediação nas políticas sociais, não só se viram expropriados de uma parte de seus salários diretos e indiretos para o pagamento destes agentes, mas também, com os mesmos recursos, patrocinaram novos ciclos de investimentos financeiros que terminaram por lhes afetar ainda mais, via flexibilização laboral, diminuição salarial, aumento do desemprego, etc.

Durante as últimas duas décadas têm-se expandido o número de estudos sobre as reformas da proteção social e saúde no contexto dos ajustes estruturais na América Latina. Nesse panorama, o caso colombiano é ressaltado por sua adesão à agenda de reformas, e pelas “inovações” que mostrou na conformação do seu sistema de saúde. Passo a uma aproximação do ajuste estrutural na Colômbia, para analisar depois sua reforma sanitária no contexto da financeirização, que têm se convertido num verdadeiro laboratório das propostas neoliberais para as reformas sanitárias.

3.2 Processo de financeirização e ajuste estrutural na Colômbia

As primeiras tentativas de implantar medidas de ajuste estrutural na Colômbia podem ser localizadas no começo da década de 1980, quando o país atravessava uma desaceleração do crescimento no marco da crise da dívida e da queda da produção industrial. Desde esse período pode-se observar o processo de desindustrialização da economia colombiana e expansão do domínio do capital financeiro, sendo a primeira metade da década de 1990 o momento fundamental dessas mudanças. Com o aparente esgotamento político e econômico do modelo de Industrialização por Substituição de Importações entre as décadas de 1970 e 1980, e com a mudança da composição de uma parte das classes dominantes nacionais, que desde a década de 1960 desenvolveram relações cada vez maiores com capitais multinacionais e financeiros, o ajuste estrutural avançou no país em concordância com as pressões geradas pela expansão financeira mundial.

Analisaremos de forma rápida a estrutura econômica colombiana prévia ao ajuste estrutural, com o interesse de compreender melhor o cenário mudado pela expansão financeira, procurando mostrar as relações de produção e reprodução social que se viram modificadas.

3.2.1 Industrialização por Substituição de Importações na Colômbia - ISI

Parece consenso entre os economistas colombianos descrever o processo de industrialização como ligado ao processo produtivo do café, principal produto da economia colombiana durante a maioria do século XX. A expansão da produção e exportação cafeeira adquiriu preponderância desde a primeira década do século passado, é só perdeu sua centralidade na década de 1970, pelas modificações dos termos comerciais a nível internacional e pela reprimarização mineiro-energético e o processo de terceirização da economia colombiana. (TIRADO, 2008)

O início do século passado esteve marcado para a sociedade colombiana pelo fim do que era a maior guerra já experimentada pelo país até esse momento, a *Guerra de los mil días* (1899-1902), que deixou a estrutura social e econômica da nação praticamente destruída. Durante as seguintes três décadas, o preço relativamente estável e o aumento das exportações de café geraram uma expansão produtiva que esteve associada à produção de pequenas e medianas propriedades. Esta primeira onda de expansão cafeeira esteve acompanhada por um primeiro (e limitado) impulso estatal para a instauração de indústria nacional de bens de consumo. (KALMANOVITZ, 2010; MISAS, 2002; TIRADO, 2008)

O período da segunda guerra mundial produziu uma segunda expansão industrial com a produção nacional dos bens que deixaram de ser comercializados pelas potências envolvidas, e baseado na poupança cafeeira e nas bases de mercado interno e de estruturas de comercialização que essa atividade tinha gerado. (MISAS, 2002; TIRADO, 2008)

O período do segundo pós-guerra esteve marcado pelo impulso da estratégia de ISI por parte de um bloco de poder dominado pela oligarquia cafeeira associada com o pequeno setor da burguesia industrial e comercial existente. No meio de condições comerciais favoráveis para as exportações colombianas (café, petróleo, tabaco, quina), marcadas por preços altos e estáveis mantidos por acordos internacionais, o Estado colombiano desenvolveu uma estratégia de modernização produtiva incompleta, através da instauração paralela de medidas protecionistas e de impulso industrial, e de manutenção da centralidade da produção cafeeira na

economia nacional, atendendo os interesses da fração de classe hegemônica, os cafeeiros. (KALMANOVITZ, 2010; MISAS, 2002)

As estratégias protecionista e de fomento em relação à indústria nacional (elevação de níveis tarifários, limitação direta de importações através de permissões, cotas e proibições), não geraram o efeito modernizador esperado dada a falta de prioridade dos interesses industriais nas atuações estatais, expressada em fenômenos como o acordo institucional de uso exclusivo dos recursos arrecadados sobre o café para investimentos internos nesse setor. Seguindo Misas (2002)

A lo largo del período conocido como el proceso de industrialización substitutiva de importaciones, siguiendo una tradición que se remonta a los inicios del siglo XX, el bloque de clases en el poder se unificó en torno a la burguesía cafetera, en su doble condición de fracción hegemónica y detentora de la centralidad. Las clases subordinadas fueron dejadas de lado, muy poco tenidas en cuenta [...] Las enormes dificultades encontradas para desarrollar el sindicalismo y la ausencia, en la práctica, de movimientos agrarios; en otras palabras la ausencia de un movimiento social fuerte, fue el resultado de la consolidación de una élite [...] que concentraba simultáneamente el poder económico, la conducción política, la dirección de los aparatos de Estado y la representación cultural [...]. (2002, p. 57)

Mas não só as classes subordinadas não foram tidas em conta no processo político colombiano, mas foram, desde finais da década de 1940, sistematicamente excluídas e reprimidas no contexto de um sistema político bipartidário fechado¹⁹. Este sistema terminou propiciando um enfrentamento violento entre atores na busca de representação política e o Estado, cujas manifestações mais evidentes vão desde o período da “*violência partidista*” (1949-1958), até o levantamento insurgente das guerrilhas na década de 1960, algumas das quais continuam vigentes²⁰.

As condições para uma industrialização, como a privatização da propriedade da terra para liberar força de trabalho, a expansão das relações salariais, a constituição de um mercado interno amplo, não se deram. Considerando o investimento de recursos públicos e a liderança dos Estados que foi necessária nos países periféricos com estratégias mais ou menos exitosas de industrialização (Brasil,

¹⁹O partido Liberal e o Conservador apropriaram-se patrimonialmente do Estado colombiano pelo menos desde começos do século XX até a abertura política da Constituição de 1991, passando inclusive por um período de alternância de poderes e divisão igualitária de cargos públicos denominado o Frente Nacional (1958-1974).

²⁰Colômbia tem um longo registro de grupos insurgentes que atuaram no seu território durante o século XX. Na atualidade só três grupos continuam a confrontação: Forças Armadas Revolucionárias de Colômbia – Exército do Povo (FARC-EP); Exército de Libertação Nacional (ELN); e Exército Popular de Libertação (EPL).

México, Argentina etc.), pode-se afirmar que o Estado colombiano teve iniciativas “mornas” na via da ISI. Ao ter combinando uma estrutura social e produtiva agroexportadora centrada nos interesses do setor cafeeiro, com a instauração e proteção de uma indústria limitada ao pequeno mercado interno de bens de consumo (têxtis, bebidas e alimentos) e bens intermediários (metais de base, minerais não metálicos, substâncias químicas inorgânicas, petróleo e seus derivados), sem produção de bens de capital, e praticamente sem articulação comercial regional ou global²¹, a burguesia colombiana dilapidou a possibilidade duma industrialização plena. (KALMANOVITZ, 2010; MISAS, 2002; TIRADO, 2008)

Somente pequenos setores da população viram-se incluídos na expansão das relações salariais e das instituições de proteção social que surgiram com a industrialização, sendo a maioria dos trabalhadores submetidos a condições de informalidade nas cidades²² e à continuidade das condições de vassalagem nos campos.

Com a deterioração das condições de intercâmbio comercial a partir da década de 1970, o Estado adotou uma estratégia dupla de diversificação das exportações e de aprofundamento da industrialização. A construção de obras de infraestrutura, o crédito subsidiado para a indústria nacional, e a continuidade da proteção comercial, foram as medidas adotadas, mas que se mostraram insuficientes tanto para manter o nível de exportações, quanto para reimpulsionar a industrialização. (MISAS, 2002)

Já na década de 1980 o país começou uma mudança da sua estrutura produtiva, com a entrada de capitais em áreas como extração minero-energética, banca, e serviços, e com a consolidação de grupos econômicos *nacionais*. O processo de desindustrialização se viu acompanhado da reprimarização e terceirização da economia, que determinaram a modificação das relações sociais de produção e reprodução na Colômbia nas últimas três décadas²³. A composição da estrutura de

²¹O momento de maior exportação de manufaturas foi entre 1968 e 1980, atingindo o modesto patamar de 20% do PIB colombiano. (MISAS, 2002, p. 78)

²²Segundo Misas (2002, p. 84), a média histórica da informalidade trabalhista da população economicamente ativa do país alcança o 50%.

²³Misas (2002) assinala: “En casi todos los países de América Latina, en los que se han dado procesos de apertura radicales, los resultados han sido más o menos similares. De un lado, altos ritmos de crecimiento de los sectores productores de bienes no transables (construcción, finanzas, comercio, servicios...), auge bursátil y nuevas formas de intermediación financiera, mientras de otro,

classes no país mudou, deslocando a burguesia cafeeira da hegemonia, substituída por um bloco com dominância da burguesia financeira proprietária dos complexos econômicos nacionais e com articulações internacionais, e permitindo um novo arranjo institucional de toda a estrutura do Estado que priorizou a acumulação financeirizada de capital e realizou o ajuste estrutural, enquanto a maioria excluída ampliou-se e as condições de vida e trabalho deterioraram-se. (MISAS, 2002)

3.2.2 Ajuste estrutural e financeirização

No começo da década de 1990, sob o Governo de César Gaviria (1990-1994), e com os governos subsequentes, deram-se as contundentes reformas de ajuste estrutural: abertura comercial, abertura da conta de capitais, autonomização do banco central, privatizações e desregulamentação laboral, descentralização, dentre outras²⁴. (KALMANOVITZ, 2010; MISAS, 2002)

A década começou marcada pela realização da Assembleia Nacional Constituinte que elaborou a Constituição Política de 1991. O processo, que ainda hoje é apresentado pela institucionalidade e o *mainstream* acadêmico como amplamente democrático, contou com a participação de 2/3 de representantes dos partidos tradicionais (Liberal e Conservador), e só um terço de outras forças políticas, com particular importância da representação da recém desmobilizada guerrilha do Movimento 19 de abril (M-19)²⁵.

O resultado do processo constituinte foi contraditório: por um lado, estabeleceram-se todas as condições legais para o ajuste estrutural e a acumulação

pérdida de participaciones del producto industrial dentro del PIB y aumento de los bienes primarios dentro del total de exportaciones.” (2002 p. 229)

²⁴ Algumas tentativas incipientes tinham-se apresentado desde começos da década de 1980. Cabe destacar a imposição do Impostos sobre o Valor Agregado (IVA) e o recorte de 15% dos salários dos empregados públicos sob o governo de Belisario Betancourt (1982-1986). Porém, Segundo Misas (2002), ditas tentativas foram infrutíferas dada a correlação de forças do bloco hegemônico no governo, que só aderiu decididamente ao programa do ajuste estrutural desde começos da década de 1990 com o governo Gaviria.

²⁵ As duas principais guerrilhas, as FARC e o ELN, não participaram do processo da constituinte. O motivo fundamental foi o extermínio dos movimentos políticos que pretendiam servir de plataforma para a reinserção dos movimentos insurgentes na vida civil durante os processos de diálogos de paz de meados da década de 1980; como foi o caso do genocídio do partido *Unión Patriótica*.

financeirizada, como a autonomização do Banco Central e sua orientação anti-inflacionária, a orientação de privatização dos serviços públicos e para a reforma do sistema de proteção social e saúde, abrindo campo a intermediação privada, etc.; e por outro, consignaram-se uma gama ampla de direitos políticos, sociais e culturais. Por estas características, a Constituição de 1991 tem sido considerada como bifronte, entre a garantia de direitos e a abertura de mercado. Contudo, o elemento que primou foi o de ajuste neoliberal (FERNÁNDEZ, 2003; HERNÁNDEZ ET AL, 2012).

A Constituição foi seguida de uma série de leis e regulamentações que ratificaram o ajuste, incluindo a Lei no. 100 de 1993 que reformou, por encargo constitucional, o sistema de saúde e seguridade social, como se verá adiante.

Seguindo com as recomendações do *Consenso de Washington*, Colômbia autonomizou o *Banco de la República*, impedindo a expansão monetária via financiamento da dívida pública através da emissão de moeda, fazendo mais dependente o Estado dos credores privados. A taxa de câmbio e a de juros começaram a serem definidas por “critérios técnicos” fora do controle ou orientação política dos governos, mas alinhados com as políticas do FED, e, em geral, favorecendo o capital financeiro através da estabilidade de preços (dos ativos), com uma política agressivamente anti-inflacionária y de estabilidade da taxa de câmbio. (KALMANOVITZ, 2010; MISAS, 2002)

O Estado colombiano se endividou de forma crescente e sob condições cada vez mais onerosas e difíceis de cumprir²⁶, privatizou a maioria dos seus ativos, incluindo não só os de caráter produtivo mas também os de prestação de serviços públicos e os relacionados com a proteção social e saúde²⁷. O setor privado também aumentou fortemente seu nível de endividamento durante as duas décadas posteriores ao ajuste estrutural.

Durante toda a década de 1990 cresceu a importância do capital financeiro na economia colombiana, fenômeno visto tanto no aumento do investimento estrangeiro

²⁶O crescimento porcentual do crédito superou sistematicamente o crescimento porcentual do PIB durante toda a década de 1990. (MISAS, 2012)

²⁷ Entre os ativos privatizados estão: banca, geração de energia, telecomunicações, televisão, telefonia, construção de estradas, transporte férreo, portos e aeroportos, serviços públicos, serviços de saúde e seguridade social. Misas (2002) chama a atenção sobre a condição de monopólios naturais de boa parte destes ativos, e dos grandes capitais necessários para obtê-los, deixando só aos grupos econômicos a capacidade/opção de compra destes.

direito (IED)²⁸, como no importante aumento dos agregados monetários na economia colombiana, que quase se triplicaram nas últimas três décadas do século. Foi o setor bancário comercial onde mais se concentrou esse aumento de capital que chegou a representar o 42% do PIB antes da crise de 1998. (FERNÁNDEZ, 2003; MISAS, 2002)

A dinâmica das duas décadas que seguiram a abertura dos 90, tanto dos empréstimos, quanto da IED, dos agregados monetários e da carteira da Banca Comercial, foram profundamente afetadas pelas crises financeiras mundiais da década de 1990 e do 2000, como detalharei adiante. (FERNÁNDEZ, 2003; MISAS, 2002)

Com a abertura comercial, as restrições para-tarifárias foram eliminadas e as tarifas para importações foram radicalmente cortadas, passando do patamar histórico de 40% para o nível de 12%, o que produziu um aumento inusitado das importações, que foi da ordem de 50% em 1992 e de 32% em 1993, e que repercutiu sobre a produção nacional e diminuiu o nível de exportações do país, piorando sua conta corrente, e sua capacidade de pagamento da dívida. (FERNÁNDEZ, 2003; MISAS, 2002)

A flexibilização e a terceirização do trabalho se instauraram já na década de 1990, e durante a década de 2000 foram aprofundadas com a permissão da intervenção de empresas para a contratação dos trabalhadores, permitindo que pagassem menos do que o salário mínimo e negar os direitos de proteção social²⁹. Porém o mundo do trabalho viu-se afetado fundamentalmente pelas taxas de desemprego que aumentaram durante a década de 1990, passando do patamar de 8% a começo da década, a 20% durante a crise de 1998, e mantendo-se entre 10% e 15% durante a década de 2000. A informalidade da PEA chegou a ser de 50% durante todo o período. (GIRALDO 2007; MISAS, 2002)

A descentralização administrativa foi consagrada legalmente, e se deu uma redistribuição de responsabilidades e recursos entre os diferentes níveis da administração política. Em geral, foram mais as responsabilidades transferidas que o

²⁸A maioria deste investimento esteve concentrada da extração minero-energética e na aquisição de ativos públicos de serviços sociais. (KALMANOVITZ, 2010; MISAS, 2002)

²⁹ “[...] en Colombia la proporción de contratos temporales sobre el total de asalariado pasó de 6.6% en 1980 a 20.0% en 1997.” (GIRALDO, 2007, p. 133)

montante de recursos disponíveis para responder a elas, em especial, considerando a longa tradição de isolamento e fragilidade de muitas das unidades administrativas subnacionais. O livre jogo do capital foi mais simples sem uma estrutura de controle estatal capaz de regular os novos espaços de mercado que estavam sendo abertos, assim como a apropriação dos recursos transferidos por parte de atores como o paramilitarismo. (HERNÁNDEZ ET AL, 2012)

Misas (2002) sintetiza o ajuste estrutural na Colômbia citando as medidas adotadas, assim:

i) Eliminación de todo tipo de restricciones administrativas a la importación de bienes y drásticas reducciones arancelarias; ii) liberación financiera y apertura de la cuenta de capitales; iii) banco central independiente y con único objetivo: la búsqueda de la estabilidad de los precios; iv) nuevos derechos sociales, garantizados constitucionalmente, y profundización de la descentralización; y v) privatizaciones y desreglamentación. (MISAS, 2002, p. 160)

A pesar de toda a retórica de recorte do gasto, da diminuição do tamanho do Estado, e do efficientismo, etc., o gasto público colombiano aumentou de maneira substancial, mais do que duplicando-se durante as duas décadas seguintes ao ajuste, sendo o gasto social parte importante deste crescimento. *“Para la historia del siglo XX, el tamaño del Estado colombiano (medido por el gasto público como proporción del PIB) se sostuvo por debajo del 10% hasta la última década del siglo, cuando se duplicó [...]”* (KALMANOVITZ, 2010, p. 140) Abordarei este processo na seção 4 desta dissertação, tentando discutir mais *o como* se gastou e não tanto *o quanto* do gastou.

A estrutura tributária foi modificada priorizando a tributação indireta sobre o consumo, que passou a representar o 60% do total de tributos na década do 2000³⁰, enquanto sobre os tributos diretos sobre lucros, renda ou propriedade, fizeram-se progressivamente isenções e renúncias tributárias (KALMANOVITZ, 2010, pp. 149-150). É fundamental compreender que ainda que os recursos tributários tenham aumentado constantemente desde a década de 1980, até mais do que dobrar seu nível no final da década de 2000, isto foi em base a uma estrutura tributária profundamente iníqua. Ainda assim, o aumento do gasto público registrado para o período, cresceu em proporção maior do que o crescimento da tributação, baseado nos recursos de dívida, fundamentalmente externa na década de 1990, e em maior

³⁰O Imposto de Valor Agregado (IVA) foi, e continua sendo, o principal tributo indireto sobre o consumo.

proporção interna na década de 2000, que passou a sustentar mais do 50% da dívida pública. (KALMANOVITZ, 2010, p. 153)

A síntese econômica do período pode ser descrita assim: “[...] *una política monetária restrictiva, bajas tasas de crecimiento, déficits crecientes en cuenta corriente, déficit fiscal creciente, crecimiento de la tasa de desempleo* [...]” (MISAS, 2002, p. 160).

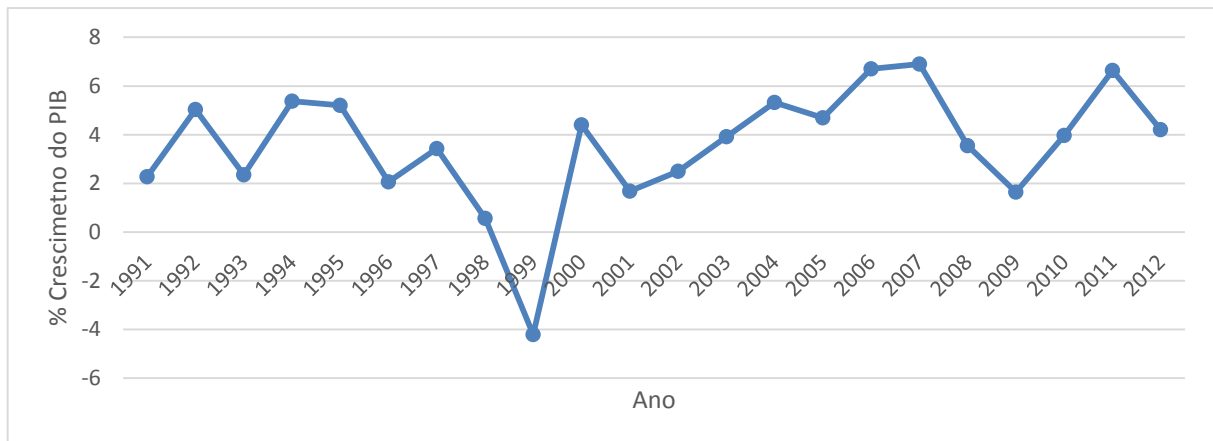
Politicamente o período das duas décadas posteriores ao ajuste esteve marcado pela incursão do narcotráfico e do paramilitarismo nas instâncias governamentais, que minimizou o efeito da já modesta abertura do sistema político eleitoral depois de 1991. As contradições sociais aumentaram pelas consequências econômicas nefastas do ajuste estrutural (aumento do desemprego, da informalidade, da pobreza, e aumento dos conflitos decorrentes do processo de reprimarização da economia), e pela exacerbação e deterioração da guerra civil. (FERNÁNDEZ, 2003)

Passamos agora à análise dos ciclos de crise financeira na Colômbia da última década do século XX e a primeira década do século XXI, para analisar mais adiante as relações entre estes processos e a dinâmica financeira estrutural das EPS.

3.2.3 Ciclos de Crises financeiras pós-ajuste na Colômbia

Dois crises econômicas bem compassadas com as crises financeiras mundiais podem ser identificadas na Colômbia depois do processo de ajuste estrutural. A primeira com começo próximo do ano de 1998 e recuperação no começo da década do 2000, e a segunda com começo ao redor do ano 2007 e com recuperação no ano de 2011 (Ver Figura 1). A descrição de Giraldo (2007) da crise financeira no contexto latino-americano, parece idônea para descrever estas duas crises colombianas marcadas por: aumento inicial da entrada de capitais secundário ao ajuste; aceleração momentâneo do crescimento econômico; seguida de desaceleração e fuga de capitais (pp. 105-106).

Figura 1- Crescimento % do PIB na Colômbia por ano



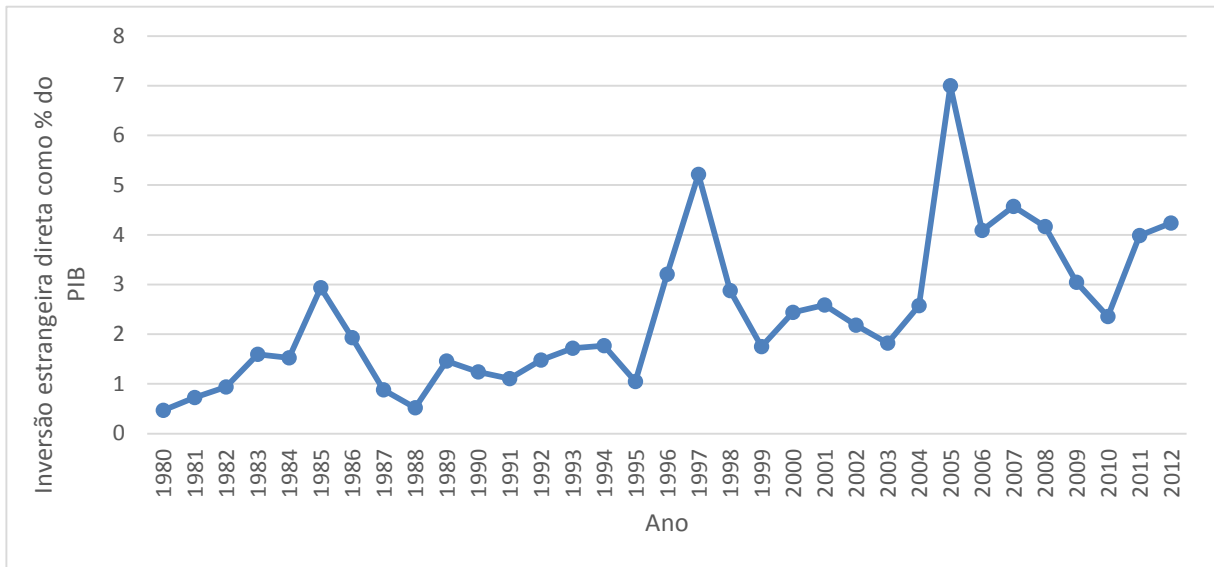
Nota: Elaboração própria.

Fonte: Banco Mundial, <<http://databank.bancomundial.org/>> Acesso em: 05/01/2014.

Segundo Martínez (2008, p.5) os ciclos econômicos colombianos depois da abertura estiveram produzidos principalmente por fatores econômicos externos, em particular os níveis de IED (Ver Figura 2), e por políticas econômicas insuficientes no contexto de uma estrutura econômica fragilizada a choques internacionais³¹. Giraldo (2007) assinala a mesma dependência externa dos fatores de crise respeito dos empréstimos, em particular nas mudanças nas condições de crédito (Ver Figura 2 e 3), assinalando também a incapacidade de controle dos choques por parte das autoridades monetárias reformadas. Num e outro caso, sucessivos aumentos e diminuições da IED e dos empréstimos, seriam os fatores fundamentais das crises financeiras nesta fase de financeirização. Analisemos estas crises.

³¹ Sobre isto Fernández (2003) resalta que “[...] el Banco de la República no está en capacidad de contrarrestar un ciclo que se muestra más sensible a mayores choques estructurales de oferta y demanda, sin dejar de cumplir su mandato constitucional de guardar el poder adquisitivo de la moneda.” (p. 101)

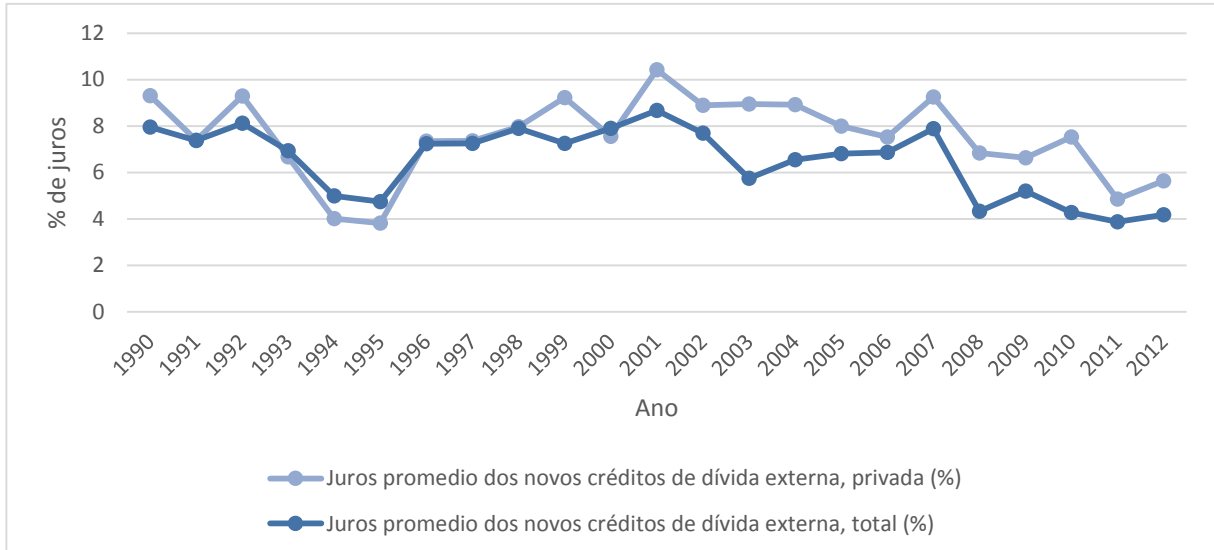
Figura 2- Investimento estrangeira direta na Colômbia como % do PIB por ano



Nota: Elaboração própria.

Fonte: Banco Mundial, <<http://databank.bancomundial.org/>> Acesso em: 05/01/2014.

Figura 3- Nível de juros novos créditos dívida externa da Colômbia por ano



Nota: Elaboração própria.

Fonte: Banco Mundial, <<http://databank.bancomundial.org/>> Acesso em: 05/01/2014.

Durante a década de 1990 e até 1998, produziu-se um aumento do endividamento público e privado a través de empréstimos internacionais e nacionais com condições frouxas (especialmente do crédito internacional), criando-se uma estrutura creditícia precária, dado a falta de aumento proporcional do PIB. Depois de

1994 as taxas de juros incrementaram-se radicalmente a nível nacional, assim com as taxas internacionais depois de 1998 pelas crises financeira asiática e da crise das empresas ponto-com. A desaceleração econômica veio, chegando a um crescimento real negativo de -4% no ano de 1999 (MISAS, 2002, p. 153), que Kalmanovitz (2010, p. 134) qualifica como a pior crise econômica colombiana do século XX, ainda maior que a produzida pela crise de 1929.

O desemprego e subemprego, a pobreza e indigência, assim como o coeficiente de Gini pioraram, refletindo a deterioração das condições de vida da maioria da população colombiana em tempos de financeirização³². Nestas condições o governo negociou um novo acordo com o FMI em 1999, aceitando recursos de uso restringido para pagamento da dívida com condicionalidades em matéria de déficit fiscal, gasto público e demanda agregada, dentre outras. (HERNÁNDEZ *ET AL.*, 2012)

Com a crises produziram-se privatizações em grande escala no setor público, transferindo ativos produtivos do setor privado ao capital financeiro. Foi de particular importância a massiva privatização da banca nacional, que exacerbou a tendência de centralização e concentração de capital nos grupos econômicos nacionais e internacionais³³ (KALMANOVITZ, 2010; MISAS, 2002). A destruição de ativos financeiros desvalorizados também foi de grandes proporções na economia colombiana: por exemplo, a carteira da banca comercial passou de representar o 42% do PIB da economia colombiana em 1998 a representar somente o 25% do PIB no ano de 2002. (KALMANOVITZ, 2010)

No final da década, apresentou-se um processo de especulação contra o peso marcado pela fuga de capitais do país e pelo desvio dos fundos que pretendia reativar a economia investidos pelo governo³⁴. A incapacidade de regulação do governo foi clara, dadas as frouxas legislações e o processo abrupto de liberalização das contas

³² Foi expressiva a crise hipotecária que deixou muitas famílias colombianas sem vivenda depois do reajuste das condições de crédito durante a crise.

³³ Isto não impediu que os recursos públicos financiassem agentes privados para sair da crise a través de resgates (E.G. como aos bancos privados) transferindo suas dívidas à sociedade colombiana.

³⁴ “[...] *los agentes redujeron depósitos a término, cuentas de ahorro, cuentas corrientes y efectivo en pesos para convertir esos activos en dólares. También liquidaron títulos del Gobierno y acciones.*” (KALMANOVITZ, 2010, p. 174)

de capitais que tinham deixado poucas ferramentas para controlar este tipo de ataques. (Kalmanovitz, 2010; Misas, 2002, p. 157)

A resposta governamental foi o aumento do gasto público através do maior endividamento interno com emissão de títulos de dívida pública (TES), que cresceram numa proporção de 54.1% entre junho de 1999 e junho de 2000. A dívida pública como porcentagem do PIB passou assim do nível de 15% mantido durante a década de 1990, a 27% em 1999 (MISAS, 2002, p. 175). Como dito, esta crise foi o detonante para o aumento do endividamento público interno, que passou a representar mais do 60% da dívida pública total para o ano 2006 (Kalmanovitz, 2010, p. 173). Parece importante ressaltar a análise de GIRALDO (2007), que relaciona a expansão do mercado dos títulos de dívida pública com aumento das garantias e condições de liquidez e negociabilidade para os credores, ao tempo que torna mais dependente ao Estado e a sociedade dos atores financeiros.

A saída da crise de 1998-1999 se deu no começo da década de 2000. O auge das exportações com preços internacionais elevados, produziu um aumento sustentado do PIB colombiano baseado na produção de minero-energéticos que estendeu-se até o ano 2007. Durante a metade da década observou-se um novo crescimento da IED, particularmente concentrada na atividade agroextrativista. (KALMANOVITZ, 2010, p. 325; HERNÁNDEZ ET AL., 2012)

A crise financeira internacional iniciada em 2007 afetou a dinâmica econômica colombiana produzindo uma nova crise, principalmente pela desaceleração da IED e a queda do preço das matérias exportáveis. A resposta do governo foi o recorte do gasto público (KALMANOVITZ, 2010, p. 338), sem chegar a afetar de forma alguma a diminuição da receita nacional pela queda do preço das exportações agro-mineiras do país, que representavam o 42% das exportações; o modelo agroextrativista (reprimarização) mostrava assim seus limites, impedindo a saída da crise econômica por sua dependência das condições comerciais internacionais³⁵.

³⁵ Parece importante ressaltar que a dinâmica da produção agroextrativa nos países periféricos está baseada em altos níveis de investimentos de capital de IED, com poucas relações com o resto da economia, e relativamente volátil frente a condições comerciais como as que apresentaram-se depois do 2007 no país.

No contexto da crise apresentaram-se novas restrições de crédito e fuga de capitais, com transferência de ativos públicos para o setor privado, porém em escala menor que durante a crise anterior.

Desta forma, o ingresso massivo de capitais estrangeiros, o crescimento econômico momentâneo seguido de desaceleração e a fuga de capitais, a privatizações de ativos públicos, a transferência de ativos produtivos ao setor financeiro, e a destruição de ativos financeiros, foram os principais fenômenos observados durante os dois ciclos de crise econômica no país. Passamos agora à análise do processo de reforma sanitária e da dinâmica das Empresas Seguradoras de Saúde, tentando analisar a relação dos ciclos de crise financeiras com a dinâmica financeira das EPS, dado o aparente compasso entre uma primeira fase de surgimento, crescimento e tendência ao oligopólio destas com o momento de entrada massiva de capitais do primeiro ciclo, e a quebra e intervenção pública de várias EPS do país durante o momento de decréscimo econômico e fuga de capitais do segundo ciclo.

3.3 Reforma do sistema de saúde na Colômbia e as *Empresas Promotoras de Salud*

A reforma do sistema de saúde colombiano foi efetuada através da Lei n. 100, de 1993, que estabeleceu o *Sistema General de Seguridad Social en Salud* (SGSSS) e criou a figura das *Empresas Promotoras de Salud*. No contexto do ajuste estrutural, a reforma abriu o sistema de saúde à intermediação financeira privada, colocando em competência agentes públicos e privados, tanto na gestão, quanto na prestação dos serviços de saúde. No curto prazo isto deveu na privatização das maiores instituições de saúde e seguridade social do país (e.g. Instituto de Seguros Sociais), na falência e fechamento de muitas instituições de saúde públicas, e na flexibilização das relações de contratação e trabalho no sistema de saúde.

Este processo alterou as relações entre os atores ao interior do sistema, e terminou por colocar as EPS na posição dominante do mesmo. As mudanças atenderam tanto a intensas pressões internacionais no sentido do ajuste estrutural e da ampliação da esfera de reprodução do capital, quanto à continuada crise do sistema de saúde prévio (Sistema Nacional de Saúde - SNS), assim como a interesses de atores políticos nacionais específicos, dentro e fora do aparato estatal, que desenharam e implementaram a reforma.

Segundo Almeida (2005), compreendo a reforma como:

[...] procesos de cambio estructural en el área de atención a la salud, esto es, momentos históricos en los que se alteran tanto las concepciones (y creencias) sobre salud y enfermedad, como las perspectivas bajo las cuales se organizan los servicios destinados a atender a la población, así como los roles del Estado (y sus instituciones) y de las organizaciones privadas (tanto de la sociedad civil como del sector empresarial) que actúan en el sector salud [...]. (2005, pp. 13-14)

Neste sentido, a reforma colombiana foi um processo que comprometeu várias dimensões do campo da saúde: desde a modificação das representações sociais sobre os direitos sociais e os serviços de saúde, passando pelos reajustes da tributação e do gasto público, até a reestruturação e organização do sistema de serviços de saúde. Analisarei este processo ressaltando as modificações institucionais que deram forma às EPS.

3.3.1 O Sistema Nacional de Saúde e a situação pré-reforma

O SNS funcionou entre 1974 e 1993 com uma estrutura fragmentada de prestação de serviços, administração, e fontes de financiamento, sob a coordenação do *Ministerio de Salud*. Foi construído no marco do projeto de modernização do Estado, e esteve influenciado pelas orientações de estruturar sistemas nacionais de saúde por parte de organismos multilaterais do campo, como a OMS e a OPAS.

Seguindo a divisão estrutural do setor de serviços de saúde do país, existente pelo menos desde a metade da década de 1940 desde a criação da instituição pública *Instituto Colombiano de Seguros Sociales (Instituto de Seguros Sociales –ISS-* a partir de 1977), o SNS manteve o funcionamento paralelo dos subsistemas de seguridade social, assistência pública, e serviços privados.

No momento da sua criação o SNS pareceu melhorar o funcionamento do sistema sanitário, porém no curto prazo, os problemas históricos de falta de equidade, cobertura, financiamento, qualidade, coordenação e planificação, ficaram expostos, como resultado de uma longa crise da forma de modernização excludente do sistema político e econômico colombiano. (HERNÁNDEZ ET AL, 2002; HERNÁNDEZ ET AL, 2012)

É importante salientar que durante o funcionamento do SNS, o ISS e a assistência pública constituíam os subsectores dominantes na prestação de serviços, e que só marginalmente o setor privado participava na prestação ou na gestão destes. Para esse momento, a assistência pública contava com um 69% dos leitos hospitalares, a seguridade social com um 29%, e o setor privado só com um 2%. (HERNÁNDEZ ET AL, 2012)

Esta relação só começou a mudar lentamente para finais da década de 1980, com os primeiros reajustes do sistema de proteção social, mas a mudança radical se deu depois da Lei no. 100/1993, na segunda metade da década de 1990. Para 1996 as seguradoras privadas de saúde cobriam o 38% da população afiliada ao sistema, enquanto as públicas continuavam sendo maioritárias com o 62%. Já para a primeira metade da década de 2000, no ano de 2003 o setor de seguradoras e de prestação privada de serviços era claramente dominante no novo sistema de saúde, sendo que

o 75% da população estava afiliado a seguradoras privadas, e só o 25% a seguradoras públicas. (HERNÁNDEZ ET AL, 2012)

No cenário nacional a palavra crise era muito utilizada nas descrições do sistema sanitário, sendo um dos elementos utilizados para o debate durante o processo de reforma neoliberal. O avanço das posições pró-mercado, na via da agenda internacional de reforma sanitária, começaram a prevalecer dentro de organismos estatais desde o começo da década de 1990, durante o governo de Cesar Gaviria (1990-1994), como dentro do Departamento Nacional de Planejamento. (HERNÁNDEZ ET AL, 2012)

A participação dos organismos financeiros multilaterais na elaboração das políticas neoliberais de saúde no país expressava-se desde o governo de Virgilio Barco (1986-1990), quando com apoio de recursos do Banco Mundial foi elaborado o “*Estudio sectorial de salud 1988 -1989*” para a reorganização do setor. Este estudo foi feito pelos Ministérios da Saúde e de Planejamento Nacional, e pretendeu consolidar o SNS. Foi nesse tipo de cenários onde começaram a dar-se a disputa político-ideológica pela adoção dos princípios da reforma neoliberal em saúde. (HERNÁNDEZ ET AL, 2012)

Esse foi o marco de surgimento da iniciativa de descentralização do sistema da Lei no. 10/1990, cujo processo de negociação e aprovação expressou a complexidade do cenário político colombiano. Múltiplas tensões regionais, partidárias, setoriais e ideológicas, tiveram que ser enfrentadas para a modificação da normatividade da relação entre os diferentes níveis de governo no setor saúde. Através de negociações que exploraram a possibilidade de utilização de novos recursos da descentralização para fins de clientelismo a Lei foi aprovada, e significou a transferência de responsabilidades a entidades sub-regionais que no curto prazo começaram a apresentar dificuldades financeiras, e em geral com falências técnicas e institucionais de longa data que não conseguiram superar. As dependências administrativas de saúde e a rede de serviços subnacionais passaram a ser responsabilidade destas. Durante este debate de caráter nacional e multi-setorial, foram introduzidas as propostas da agenda neoliberal em saúde, em particular a discussão sobre a necessidade da mudança do caráter da saúde, de direito social para uma concepção que o considerava meramente um serviço. (HERNÁNDEZ ET AL, 2012)

3.3.2 A reforma do sistema de saúde na Assembleia Nacional Constituinte e a Lei no. 100/1993

Como indicado, o cenário onde constituíram-se as bases legais tanto do ajuste estrutural da economia colombiana, quanto da reforma sanitária neoliberal, foi a Assembleia Nacional Constituinte de 1991.

No interior da subcomissões de saúde e de seguridade social enfrentaram-se vários agentes e projetos bem diferenciados: por um lado o projeto de seguro universal público – defendido principalmente pelo então ministro de saúde pertencente à Aliança Democrática M-19³⁶; por outro o projeto de seguro universal sob a gestão do ISS – proposto pela então diretora dessa entidade, e apoiada por boa parte do setor médico; e a proposta do DNP, que propunha um modelo de seguro individual de cobertura universal, de livre competência, subsídio para pobres, e operado por atores públicos e privados, e que contou com a participação de atores que seriam centrais na reforma neoliberal, como Juan Luis Londoño, e que era o projeto respaldado pelo governo, (HERNÁNDEZ ET AL, 2012)

Por falta de consenso entre esses atores em assuntos como a função do Estado, o tipo de seguro, o financiamento, etc., fizeram com que as subcomissões construíssem informes muito gerais que só reiteravam a necessidade de reforma do sistema. A comissão de redação da constituinte, dominada pela tecnocracia aliada ao executivo, terminou por formular o texto constitucional para saúde, que expressou a orientação de reformar o sistema com base na consideração da saúde não como direito, mas como serviço público a cargo do Estado, passível de ser prestado por agentes privados. (HERNÁNDEZ ET AL, 2012)

Durante as discussões da constituinte também emergiu a proposta de reformar conjuntamente o ISS e o INS, fruto da consideração do tamanho do subsetor de prestação de serviços de saúde do seguro social, e da crise que sobre ele também recaía. A dessa proposta o executivo nacional conformou um grupo técnico com representantes do *Ministerio de salud*, o DNP, o ISS, e o *Ministerio de trabajo y de seguridad social*. Depois de superar resistências internas, com a mudança do Ministro

³⁶Partido político do grupo guerrilheiro M-19, recém-desmobilizado.

de Saúde e da Diretora do ISS, o grupo conseguiu elaborar uma proposta consequente com o espírito constitucional neoliberal, mas que foi rejeitada pelo congresso por ser considerado um projeto exclusivo para a reforma do sistema de saúde, e exigindo a articulação da seguridade social. (HERNÁNDEZ ET AL, 2012)

O setor privado do campo da saúde respaldou à iniciativa governamental, somando-se à proposta de um sistema baseado na focalização, livre eleição, descentralização e separação de funções financeiras e de prestação de serviços, com dois subsistemas para a população segundo a capacidade de pagamento. As confluências da proposta de reforma governamental e do setor privado eram enormes, por isto não surpreende que atores centrais para a reforma atravessaram continuamente a porta giratória entre instituições públicas como o DNP e o Ministério da Saúde, e a *Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral* (ACEMI), instituição nacional de representação de seguradoras e prestadores privados de serviços de saúde. (HERNÁNDEZ ET AL, 2012)

Já no ano de 1993 estabeleceu-se uma nova comissão conformada pelo *Ministro de salud* (Juan Luis Londoño), o Ministério de Trabalho, o ISS, ACEMI, e parlamentares, como o posterior presidente da república Álvaro Uribe Vélez³⁷, que culminou na formulação e aprovação de uma lei de reforma articulada de seguridade social e saúde em chave neoliberal, que entretanto conservou instituições e fragmentações de acordo às diferentes capacidades de negociação dos atores que participaram da discussão³⁸. A principal destas continuidades foi a do ISS, que a partir desse momento sofreu fortes pressões de inclusão ao mercado de seguros, até ser privatizado completamente no ano 2007. (HERNÁNDEZ ET AL, 2012)

³⁷ Os períodos presidenciais deste, entre 2002-2010, estiveram marcados pelas múltiplas denúncias de suas relações políticas com setores narco-paramilitares, que continuam sendo analisadas pela justiça colombiana. Coincidentemente, durante o processo de discussão da reforma, diferentes atores sociais opostos à iniciativa neoliberal foram ameaçados por grupos paramilitares, incluindo a comissão da OIT que pretendia participar do debate de reforma no congresso. (HERNÁNDEZ ET AL, 2012)

³⁸ Como é o caso do setor de educadores, a força pública, petroleiros, dentre outros.

3.3.3 Estrutura do novo sistema de saúde

O sistema resultante foi de seguro individual de cobertura universal com dois regimes de seguro diferenciados: o regime contributivo, para população com capacidade de pagamento, compulsório para trabalhadores formais, independentes e aposentados; e o regime subsidiado, focalizado para os comprovadamente pobres. As funções de modulação, financiamento, articulação e prestação de serviços de saúde foram separadas, sendo delegadas ao Estado, à seguridade social e o FOSYGA, as EPS, e as IPS respetivamente.

Foi estabelecida uma forma de pagamento *per capita* determinado pelo risco em saúde da pessoa segurada, de acordo a parâmetros epidemiológicos, e expresso num valor denominado *Unidad de Pago por Capitalación* (UPC)³⁹. Esta UPC devia cobrir o custo médio de um *Plan Obligatorio de Salud* (POS), um pacote mínimo de serviços, estabelecido por critérios técnico-científicos de custo-efetividade. Tanto a UPC como o POS, deveriam ser consruídos e atualizados pelo *Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud*, com representação majoritária do governo, empresários (incluindo ACEMI), e minoritário de usuários e trabalhadores⁴⁰.

Estabeleceu-se um fundo financeiro para a solidariedade entre regimes denominado *Fondo de Solidariedad y Garantía* (FOSYGA), que receberia aportes fundamentalmente do regime contributivo (1,75 pontos das contribuições sociais do regime contributivo) e outras contribuições, como do seguro obrigatório de acidentes de trânsito. Estas receitas deviam financiar o regime subsidiado e outras funções secundárias, como atenção a vítimas de acidentes de trânsito e de vítimas de deslocamento forçado interno. Como se verá, este fundo foi progressivamente utilizado para financiar o déficit fiscal, e apropriado pelas EPS através de atos provadamente ilegais. Foi estabelecido que a administração do FOSYGA fosse efetuada por uma entidade financeira privada, através da figura de encargo fiduciário. (BARÓN, 2007)

³⁹Unidade de Pagamento por Capitalação.

⁴⁰ O POS para o regime subsidiado equivalia no início do sistema ao 50% do POS contributivo, ainda que devia ser aumentando progressivamente até a unificação dos POS. Porém, a desigualdade perdurou durante toda a década de 1990 e de 2000.

As EPS foram responsabilizadas da: afiliação dos usuários, da arrecadação das contribuições sociais; e da contratação de IPS para a prestação dos serviços de saúde do POS. Teoricamente deviam realizar a gestão do risco financeiro dos usuários, a través da função de articulação do financiamento e da prestação de serviços de saúde, garantindo qualidade e custo-eficiência.

Tributariamente o sistema cresceu, reacomodando as diferentes fontes de financiamento destinadas aos subsetores do sistema pré-existente. As fontes de financiamento utilizadas foram fundamentalmente recursos para-fiscais de destinação específica, impostos gerais e fundos da receita nacional. Em 1993 foi decretado um incremento do 8% ao 12% das contribuições para-fiscais para seguridade social (8% pago por empregadores, 4% pago pelo empregado; 100% pago pelos empregados independentes) sobre folha de pagamento dos trabalhadores formais, ou sobre as receitas dos trabalhadores independentes e aposentados⁴¹. Também foi reencaminhado os 50% da prêmio anual do Seguro Obrigatório de Acidentes de Trafego (SOAT), e foram criados dois impostos novos sobre a compra, venda e porte de armas de fogo⁴². Na receita nacional foi criada a figura do *situado fiscal*, que posteriormente foi transformado em *transferencias y regalías*, e que eram repasses de recursos específicos para saúde a entidades subnacionais (departamentos e municípios). Alguns impostos gerais foram criados para financiamento da saúde pelos entes subnacionais, como imposto sobre jogos de azar, tabago e álcool. (BARÓN, 2007; MELO e RAMOS, 2010)

Apesar da retórica de recorte do gasto público e diminuição do tamanho do Estado, o gasto público total em saúde cresceu de forma ininterrupta desde a instauração de 1993 até o ano 2010, como será analisado na seção 4 desta dissertação.

Como se demonstrará na seção 4.2, estes recursos públicos foram progressivamente captados pelas seguradoras privadas de saúde e utilizados na sua

⁴¹No ano de 2007 o aporte sobre folha de pagamento teve um aumento de 0.5 pontos.

⁴² Também foram reorientados outros impostos de menor importância quantitativa como o Fundo de Seguro de Acidentes de Tráfego (FONSAT), os aportes das Caixas de Compensação Familiar (5% das receitas totais), e recursos provenientes de empresas petrolíferas dos campos de Cusiana e Cupiagua. (BARÓN, 2007)

atuação como agentes financeiros, para atividades relacionadas com a gestão de serviços de saúde e para atividades de investimento financeiro.

Os fundos do FOSYGA rapidamente começaram a ser utilizados para o ajuste fiscal através da compra de títulos de dívida pública. Já desde os primeiros anos o fundo público de saúde para o regime subsidiado teve grande magnitude, atingindo US\$ 200 milhões, em 1994, e US\$350 milhões em 1995 (Hernández ET AL, 2012). Os recursos do FOSYGA continuaram a crescer progressivamente enquanto o debate sobre estes no Legislativo e nos órgãos de controle centrou-se em como investir os recursos e excedentes do fundo, priorizando-se objetivos de ajuste fiscal e interesses privados, e impedindo uma dinâmica que beneficiasse tanto os usuários do regime subsidiado, quanto às entidades subnacionais e outros grupos que dependiam do fluxo desses fundos para o acesso a serviços de saúde. Os TES chegaram representar o 70% dos ativos do FOSYGA, representando perto do 1% do PIB colombiano. Contudo não era seu único tipo de investimento, sendo que também eram representativos os CDT e empréstimos. A maioria dos investimentos estavam comprometidos a prazos de entre 1 e 3 anos, demonstrando os limites que esta dinâmica impunha no fluxo de recursos. (BARÓN, 2007; HERNÁNDEZ ET AL, 2012)

A relação entre o FOSYGA e as EPS, em particular as privadas, tomou um caminho diferenciado: as EPS progressivamente captaram mais recursos de uma subconta especial destinada a financiar serviços de saúde não incluídos dentro do POS a través dum mecanismo denominado “*recobros*”. Este mecanismo foi utilizado de forma irregular e ilegal para cobrar por serviços que não tinham sido executados, ou para cobrar novamente serviços já prestados, ou até mesmo para cobrar serviços incluídos dentro do POS. Essas cobranças adicionais eventualmente converteram-se em uma das rubricas mais importantes do gasto em saúde do país⁴³, e estiveram intimamente ligados à declaração de emergência financeira do SGSSS no ano de 2009.

Esta estrutura básica do sistema de saúde não foi modificada durante os reajustes sucessivos do modelo, que mais do que mudar a lógica do sistema foram aperfeiçoando-o desde a perspectiva da acumulação das EPS e dos atores privados. A regulação do SGSSS gerou uma profusão de leis e decretos que tentaram colocar

⁴³ Fenômeno reforçado pela escassa regulação e controle dos preços de alguns medicamentos.

em marcha o sistema ou reajusta-lo frente aos impasses que foram surgindo, como o desajuste entre a estrutura de financiamento baseada na seguridade social e a precarização do mercado laboral. (PELÁEZ, 2011)

Entre as Leis mais importantes que reajustaram o sistema estiveram: a Lei 715/2001, que aprofundou o processo de descentralização, modificando competências e recursos na mesma direção das medidas do início da década de 1990; e a Lei 1122 de 2007, que estabeleceu níveis mínimos de contratação entre as EPS e os prestadores de serviços públicos, e limites máximos de integração vertical das EPS. (HERNÁNDEZ *ET AL.*, 2012; KALMANOVITZ, 2010; VEGA, SAENZ e HERNÁNDEZ, 2010)

Importa ressaltar também dois decretos que estabeleceram as bases da regulação financeira das EPS: o Decreto no. 1.011 de 2006, que estabeleceu o sistema obrigatório de garantia de qualidade; e o Decreto no. 574, de 2007, que regulamentou a administração patrimonial e financeira das EPS. Passamos a analisar agora o fundo teórico sobre o que desenvolveu-se a reforma sanitária colombiana, antes de passar a análise específica da dinâmica financeira estrutural das EPS.

3.3.4 Managed Care, Managed Competition e Pluralismo Estruturado

O modelo resultante para o país foi denominado como 'Pluralismo Estruturado', por um dos seus principais promotores, Juan Luis Londoño (LONDOÑO e FRENK, 1997). Era uma proposta adaptada ao contexto colombiano e dos países "sub-desarrollados" do modelo de *Managed Competition* desenhado por Alain Enthoven para o sistema de saúde estadunidense nas décadas de 1970-1980, e que foi a base da agenda internacional de reforma sanitária.

A análise interna dessa agenda internacional mostra sua inspiração nos modelos de *Managed Care (MCa)*, ou Atenção Gerenciada, e *Managed Competition (MCo)*, ou Concorrência Regulada. Segundo Waitzkin (2011), o movimento de reforma dos sistemas de saúde de finais da década de 1980 e começos da década de 1990, esteve muito influenciado pelo interesse das grandes companhias seguradoras em saúde estadunidenses de ampliar seus mercados internacionais, devido ao aumento

da competência no mercado interno, ao desenvolvimento de regulação estatal frente às contínuas queixas dos usuários, e pela consequente diminuição da taxa de lucro. Seguindo o caminho de transnacionalização e formação de conglomerados financeiros de outros setores econômicos, estes poderosos atores pressionaram a expansão deste modelo de intermediação financeira em saúde, com o apoio do governo estadunidense e os organismos multilaterais. (BARÓN, 2007; WAITZKIN, 2011)

O MCa e o MCo são modelos de intermediação financeira e gestão de serviços de saúde. O MCa foi originalmente implementado nos Estados Unidos através do *Health Maintenance Organization Act* de 1973, para alterar o modelo até então vigente de pagamento por serviço, assinalado como responsável pelo aumento dos gastos em saúde. Segundo a teoria, no MCa o paciente deixa de assumir o risco financeiro de procurar a melhor escolha preço-benefício na compra de serviços de saúde, e entrega esta responsabilidade a um terceiro, denominado *sponsor*–promotor –, que estaria em melhores condições de negociação de preços, e de avaliação de qualidade frente aos vendedores de serviços de saúde. Neste modelo os serviços são organizados em pacotes, e vendidos sob o esquema de seguro individual, cujo valor depende do risco de saúde individual calculado. O promotor está encarregado de garantir a prestação de serviços de saúde através de contratação direta de prestadores de serviços, de intermediários que contratam prestadores, ou mantendo sua própria rede de serviços. Segundo este modelo, a concorrência entre prestadores de serviços, administradores de prestadores de serviços, e promotores, garantiria os melhores resultados em termos de custo-benefício. (ENTHOVEN, 2005; IRIART ET AL, 1999, 2000)

Durante a expansão do modelo de MCa nos Estados Unidos, diversas formas institucionais de “*Managed Care Organizations*” (MCOs) foram desenvolvidas, variando especialmente na forma de vinculação e pagamento (individual, empresarial, subsidiada pelo Estado), e na relação entre os promotores e os prestadores. As formas mais comuns de MCa foram aquelas de vinculação individual ou subsidiada pelo Estado através de programas como Medicaid ou Medicare, e onde os promotores contratavam diretamente os prestadores de serviços, ou mantinham suas próprias redes de serviços de saúde, sem intermediação de outros atores.

A teoria do M_{Ca} tem vários pressupostos que devem ser ressaltados para compreender melhor sua dinâmica e sua relação com o processo de financeirização na saúde. A primeira e mais importante, é que considera os serviços de saúde como mercadorias, bens privados de consumo individual e que, portanto, devem ser pagos pelos usuários, excetuando aqueles de altas externalidades, que constituem a minoria e são considerados como bens públicos (E.G. esgoto). Sendo mercadorias os serviços de saúde podem *deverem* ser negociados num mercado, onde supostamente o interesse racional dos atores de obterem os melhores benefícios com os menores gastos (utilitarismo) levaria a os melhores resultados em termos de custo-benefício. (ENTHOVEN, 1988, 1993, 2005)

Contudo, os teóricos do modelo reconhecem a imperfeição do mercado de saúde, manifesta no fato de que o prestador de serviços tem maior informação e poder do que o comprador, podendo obter benefícios deste desequilíbrio. A solução do M_{Ca} é a intermediação de um terceiro na transação, que se supõe em melhores condições de mediar a negociação entre os compradores e os prestadores de serviços. Estes intermediários realizam então a gestão do risco financeiro implícita na compra de serviços de saúde no mercado. O usuário passa a contratar os serviços do intermediário, que oferece seus serviços com critérios melhor compreendidos pelos compradores, como o preço, sem comprometer a qualidade dos serviços. (ENTHOVEN, 1988, 1993, 2005)

Algumas interpretações do modelo do M_{Ca} ressaltam a importância da separação das funções dos seguros de saúde da dos promotores. Porém, esta perspectiva parece não ter um correlato, nem nas recomendações dos organismos multilaterais que impulsionam o modelo, nem nas experiências implementadas, onde as seguradoras sempre apareceram como o terceiro em mediação entre usuários e prestadores, assumindo o papel de promotores. Inclusive, quando o comprador do seguro é estatal ou empresarial, estes não parecem desempenhar um maior papel de avaliação de custo-efetividade, ou de outras funções teoricamente designadas aos promotores. Embora a leitura que proponho do modelo do M_{Ca}, sem uma separação entre promotores e seguradoras, possa ser uma leitura teórica diferenciada de outras mais ortodoxas desde a perspectiva neoclássica em saúde, considero que é a que pareceu consolidar-se, tanto através dos documentos da agenda de reforma internacional, quanto a través das experiências práticas que se implantaram, como no

caso colombiano. Assim, um esquema simplificado do modelo MCa pode ser representado assim.

Figura 4- Esquema simplificado do *Managed Care*



Nota: Elaboração própria.

O MCa não levou, como pretendia a teoria, à diminuição dos custos dos serviços de saúde, que continuaram a aumentar nas últimas décadas do século XX no mercado estadunidense, produzindo uma importante iniquidade no acesso a serviços de saúde e à exclusão do sistema de uma parcela elevada da população. Fortes críticas ao modelo foram feitas pelos próprios defensores de uma estrutura de mercado de seguros de saúde, que assinalavam que quando desregulado, o MCa é incapaz de gerar níveis adequados de eficácia e eficiência, não garantindo condições lucrativas para o capital privado no longo prazo e gerando grandes instabilidades que poderiam promover situações indesejáveis de estatização da prestação e gestão de serviços de saúde.

De acuerdo con Enthoven (1988), las estrategias de libre competencia en los mercados de financiación y provisión de los servicios de salud normalmente incluyen la selección de riesgo, la segmentación del mercado, la diferenciación de productos (que incide en aumentos de costos de productos comparables), la discontinuidad en la cobertura, el rechazo al aseguramiento de ciertos individuos, la exclusión de cobertura para condiciones preexistentes, la información sesgada en relación con la cobertura y la calidad, y la conformación de barreras de entrada al mercado. (BARÓN, 2007, p. 64)

A solução proposta por Enthoven foi a da regulação, ou melhor, estruturação do mercado da saúde, para criar uma estrutura *realmente competitiva*. A proposta do *Managed Competition* pretendia brindar uma regulação capaz de efetuar a contenção de custos com eficiência e equidade, através de um modelo de seguro universal individual competitivo, já que como afirmava Enthoven (1988, p. 44): “*Competition can produce morally acceptable results only in the contexto of universal coverage or provision of care*”

Aceptando cierto grado de competencia entre los proveedores de los bienes, las reglas para su ejercicio deben ser diseñadas y administradas de manera que no premien aquellos planes de salud que seleccionan el riesgo, que segmentan el mercado, o que, de alguna manera no cumplan las reglas de la competencia. [...] Los objetivos primordiales de la estrategia son eliminar las diferencias entre los planes de salud que sean distintas del precio, y desviar la atención desde factores de tipo subjetivo hacia el precio y medidas más objetivas de la calidad de los servicios. Ello determina que la competencia regulada sea una competencia por el precio, representado éste en la prima anual que se paga por un plan de beneficios y no en el precio que se paga por cada servicio individual, concepción que es compatible con la existencia de copagos y costos deducibles en los servicios individuales, mecanismos que pueden utilizarse para influir sobre la conducta de los usuarios con el propósito de obtener un uso más racional de los servicios. (BARÓN, 2007, pp. 64-65)

Entre suas medidas, o *Managed Competition* propôs para a regulação da competição: a padronização do custo do aporte *per capita* de acordo com o cálculo do risco financeiro da saúde das pessoas; a padronização dos pacotes de benefícios; mecanismos para evitar a seleção adversa ao risco; a garantia da continuidade da cobertura, dentre outras medidas. Note-se a profunda confluência com as propostas da Agenda Internacional de Reforma Sanitária. (ENTHOVEN, 1988, 1993, 2005)⁴⁴.

O MCo nunca foi aplicado no sistema de saúde norteamericano pela aversão à intervenção estatal no mercado da sociedade estadunidense. É de ressaltar que a maioria das *Managed Care Organizations* existentes nesse mercado atuam, como dito, como seguradoras com suas próprias redes de serviços de saúde, a maneira de grandes conglomerados financeiros e de serviços de saúde, e estão integradas a Grupos Econômicos. É o caso de seguros como Aetna, Cigna, Blue Cross, dentre outros.

⁴⁴ O autor chegou a propor uma estrutura de pagador único para o adequado funcionamento do sistema, mais abandonou a ideia posteriormente.

Como indicado, a agenda de reforma que pretendia espalhar o modelo MCo/MCa, foi resistida no contexto europeu, e só conseguiu um relativo grau de penetração no contexto latino-americano. As companhias seguradoras de saúde se consolidaram institucionalmente no modelo de MCo na maioria dos países da região, e o capital financeiro entrou através de figuras como: a compra de companhias de seguros de saúde; associações com companhias nacionais na figura de “joint ventures”; e, acordos para gerenciar instituições do setor público e da seguridade social⁴⁵. (IRIART ET AL, 1999, 2000; WAITZKIN, 2011)

A teorização do modelo de MCo para Colômbia, que depois pretendeu ser convertido no exemplo a ser seguido por outros países latinoamericanos⁴⁶, esteve a cargo de dois tecnocratas que lideraram as reformas dos sistemas de saúde dos seus respectivos países: Juan Luis Londoño⁴⁷ na Colômbia, e Julio Frenk no México. Estas personagens trabalharam para o Banco Interamericano de Desenvolvimento e para o Banco Mundial, e mantiveram intercâmbio teórico direto com Enthoven. (LONDOÑO, FENK, 1997; LONDOÑO, 2001).

O Pluralismo Estruturado, como foi denominado o modelo criado por eles, era uma adaptação teórica do MCo para as condições específicas dos países da América Latina, que tinham sistemas de saúde fragmentados, buscando ser uma síntese entre elementos funcionais acumulados e *elementos inovadores*. O modelo foi apresentado como uma inovação à procura de um “equilíbrio ótimo entre equidade, eficiência e qualidade” (LONDOÑO, FRENK, 1997, p. 16), que tentava superar as falências de todos os demais sistemas de saúde da região, a través do elemento pluralista que permitia o jogo da intermediação privada, e a estrutura que limitava ou corrigia as falências do mercado:

“Pluralismo” evita los extremos del monopolio en el sector público y la atomización en el sector privado. “Estructurado” evita los extremos de los procedimientos autoritarios del gobierno y la ausencia anárquica de reglas del

⁴⁵ Londoño e Frenk (1997) indicam que para 1997, 60 milhões de pessoas na América Latina já estavam afiliadas a alguma classe de empresa “articuladora”, a seguros de saúde com enfoque de MCo.

⁴⁶ Prova disto e que o modelo colombiano foi reconhecido pela OMS como exemplo em “equidade financeira” para os países da América Latina, através do polêmico *Informe sobre la salud em el mundo: mejorar el desempeño de los sistemas de salud* (OMS, 2000).

⁴⁷ “[...] administrador y economista formado en Harvard en las teorías neoclásicas y neo-institucionalistas más actualizadas [...]” (HERNÁNDEZ, 2012, p. 21)

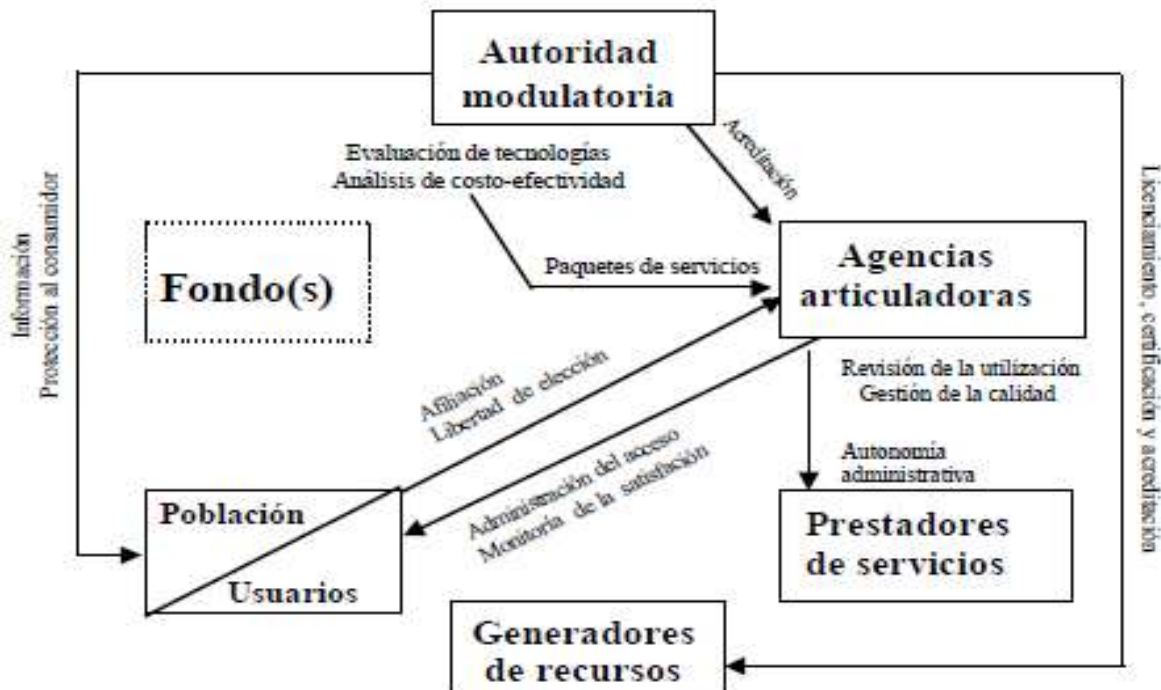
juego transparentes para evitar o compensar las fallas del mercado.
(LONDOÑO, FENK, 1997, p. 16)

O modelo pretendia enfrentar desafios acumulados e emergentes dos sistemas de saúde da América Latina como: cobertura insuficiente, qualidade técnica pobre, ineficiência na destinação de recursos, escalada de custos, insegurança financeira, insatisfação dos consumidores, dentre outros.

Segundo os autores, para a estruturação das reformas dos sistemas de serviços de saúde deviam-se observar quatro funções cruciais: modulação, financiamento, articulação e prestação. Os novos sistemas de saúde deveriam estar divididos em instituições especializadas em essas funções, assim: a modulação (regras de jogo claras e justas), como responsabilidade estatal de dar a direção estratégica, distanciando-se da prestação de serviços; o financiamento, como responsabilidade da seguridade social, procurando universalidade e com subsídio à oferta e não à demanda; a articulação, responsabilidade de empresas articuladoras (seguradoras), que deviam receber pagamentos e gerenciar serviços⁴⁸; e finalmente, prestação de serviços, que poderia estar dada pela multiplicidade de atores existentes. A seguir uma Figura de Londoño e Frenk (1997) que pretende mostrar os instrumentos organizativos do modelo:

⁴⁸No documento se referenciam como organizações para a articulação de serviços de saúde (OASS), no sistema colombiano passaram a denominar-se EPS, ou a denominação recente de Empresas Administradoras de Planos de Benefícios.

Figura 5- Instrumentos organizativos do modelo do Pluralismo Estruturado



Fonte: LONDOÑO e FRENK, 1997, p. 16.

A ênfase estava colocada nas funções de modulação e articulação. Na função de modulação, “a função descuidada”, tentava fornecer uma dimensão “mais clara” para o que devia ser uma atuação estatal neutra, através de regras claras e transparentes para todos os atores; uma espécie de *governabilidade* para o sistema de saúde, onde o Estado assumia a regulação dos diferentes atores do sistema permitindo o pluralismo do mercado, corrigindo seus defeitos e assumindo os serviços de saúde considerados como bens públicos. Sobre a função de articulação, “a função inovadora”, descrevia sub-funções como administração do risco, acesso aos serviços, e a representação dos usuários frente aos prestadores, etc.. Esta função de articulação do financiamento com a prestação de serviços e os usuários, era apresentada como a maior inovação do modelo: *pode-se dizer, neste sentido, que a intermediação financeira das seguradoras era apresentada como a maior inovação do modelo.* (LONDOÑO, FENK, 1997; LONDOÑO, 2001)

Na prática o modelo só foi implantado na Colômbia, sendo uma espécie de laboratório regional. No resto dos países latino-americanos teve uma maior

resistência, que não permitiu sua implementação, ou que só permitiu a implementação de alguns dos seus elementos.

Segundo Waitzkin (2011), os capitais dos seguros de saúde e grupos econômicos associados também penetraram no território colombiano. Este dado é confirmado amplamente nesta dissertação na seção 4.2, e dialoga com o processo de ajuste estrutural e dos ciclos de crise econômica na Colômbia. Uma parte importante do capital introduzido em forma de IED foi para o setor dos serviços, incluindo o setor de seguradoras e EPS, que tiveram crescimentos quantitativos e transformações qualitativas muito importantes, como me concentrarei em analisar adiante. Também não parece supressivo constatar o gasto crescente em saúde, nem os problemas de barreiras de acesso, da descontinuidade da atenção, de qualidade, dentre outros, dadas as insatisfatórias experiências internacionais que respaldavam a proposta neoliberal de reforma sanitária. (IRIART *ET AL.*, 1999, 2000; WAITZKIN, 2011).

Passaremos a realizar a análise da dinâmica financeira estrutural das EPS e a propor uma periodização desta no período 1993-2010.

4 DINÂMICA FINANCEIRA ESTRUTURAL DAS EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD

Este capítulo será integralmente dedicado à análise da dinâmica financeira estrutural das *Empresas Promotoras de Salud*, podendo ser considerado como o resultado do exercício de pesquisa desenvolvido.

Referimo-nos à dinâmica financeira estrutural das EPS, desde uma perspectiva de dupla determinação. Primeiro, desenvolveremos uma análise dos impactos da financeirização e o ajuste estrutural na conformação e funcionamento do sistema de saúde colombiano, em particular das EPS. Esta primeira determinação é conceituada nesta dissertação como **determinação do estruturado nas EPS**. Com isto relacionaremos o comportamento como agente financeiro das seguradoras com processos gerais como a abertura de contas de capital, a desregulamentação do mercado financeiro, a investimento estrangeira direta, a dinâmica dívida-empréstimos, entre outros fatores a serem considerados, no marco da financeirização e o ajuste estrutural.

Além da análise de estes elementos, que podem ser considerados indicadores macroeconômicos, nossa intenção é compreender a penetração de mecanismos intrínsecos do processo de financeirização das últimas quatro décadas no interior do sistema de saúde, em particular na atuação das EPS. Assim, analisaremos a atuação das EPS em termos da alavancagem utilizada para sua criação e funcionamento, da reprodução ampliada de capital dependente da dívida pública, do movimento de portfólio com investimento especulativo, do investimento em instrumentos securitizados, entre outros fatores fundamentais para a reprodução do atual regime de acumulação financeirizada, e que nesse sentido o reproduzem.

Analisaremos também a forma como estes mecanismos da financeirização reproduzidos pelas EPS afetam a dinâmica geral do sistema de saúde colombiano e seus atores.

A esse papel de reprodução do sistema financeirizado através da adoção de seus mecanismos intrínsecos, e à modelação que estes mecanismos produzem no sistema de saúde, é que denominamos nesta dissertação **determinação estruturante das EPS**.

A diferenciação entre a “determinação do estruturado nas EPS” e a “determinação estruturante das EPS”, pretende mostrar uma compreensão histórica e dialética onde não se estabelece uma preexistência formal nem dos sujeitos nem da estrutura social, e ressalta que a estrutura social é produzida e reproduzida pelos sujeitos, onde as estruturas já instituídas apresentam condições que produzem sujeitos sociais, que, segundo sua atuação, as reproduzem. (BREILH, 2003)

Em síntese, denomino dinâmica financeira estrutural das EPS a esta compreensão que parte do reconhecimento das EPS como atores determinados pelo processo de financeirização e ajuste estrutural, e que sublinha o seu papel como agentes financeiros que, jogando um papel na reprodução do regime de acumulação, modulam e ajudam a reproduzir o sistema de saúde colombiano.

Antes de entrar em matéria, abordarei um tema fundamental para a compreensão da dinâmica financeira das EPS e que não tem sido analisado nesta dissertação até o momento, e é a análise da dinâmica geral da atividade de seguro que compartilham as EPS com o ramo dos seguros em geral. Posteriormente, abordarei a análise da *determinação do estruturado nas EPS* e da *determinação estruturante das EPS*, para finalizar o capítulo propondo uma periodização da atuação das EPS segundo sua dinâmica financeira estrutural.

4.1 Dinâmica geral da atividade de seguro financeiro das EPS

Como dito, as *Empresas Promotoras de Salud* são seguros de saúde. Por isto, têm enormes similitudes no seu caráter e forma de atuação com outras empresas seguradoras em distintos campos: automobilístico, imobiliário, etc. À primeira vista a comparação pode parecer descontextualizada, mas, tanto a regulação das EPS na Colômbia, como o seu funcionamento, fazem reafirmar dita asseveração, e permitem compreender melhor a dinâmica financeira estrutural destas.

As EPS são consideradas pelo setor privado, como comprovado analisando importantes publicações da Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo -

Fedesarrollo⁴⁹ ao respeito (ARBELÁEZ, ZULUAGA, 2001; SALAZAR, ZULUAGA, 1998), assim como pela regulação pública, como empresas de seguros e investidores institucionais. Como empresas de seguros tem a dinâmica geral de, por médio de contrato individual ou grupal, prometer um benefício (em dinheiro ou espécie) condicionado ao cumprimento de certas cláusulas por parte do comprador em troca do pagamento de um prêmio num período determinado de tempo. O valor do prêmio está relacionado com o valor do bem assegurado assim como com o benefício prometido, pelo que pode variar.

Como investidores institucionais atuam como

[...] intermediarios financieros que tienen como función principal captar ahorro de largo plazo del público y conformar un volumen grande de recursos para invertir principalmente en el mercado de capitales, con lo cual podrán retornar a los ahorradores el beneficio esperado de su ahorro. (ARBELÁEZ, ZULUAGA, 2001, p.1)

Assim, as empresas seguradoras fazem parte dos agentes financeiros captadores de capital para investimento (seja em ativos financeiros ou ativos do setor produtivo). Sob esta definição podem ser caracterizadas outras instituições como Fundos de Investimento, *Hedge Funds*, Fundos de pensões, etc., que como analisamos, atuaram como alguns dos atores centrais da expansão financeira e das crises econômicas nas últimas três décadas.

É fundamental ressaltar a determinação das reformas estruturais na Colômbia, especificamente da abertura da conta de capitais e a liberalização financeira, para o surgimento e crescimento dos investidores institucionais no país. Estes por sua vez participaram do processo de expansão do mercado de capitais, e da transformação do setor produtivo modelando uma estrutura produtiva reprimarizada, extrativista e terceirizada (ARBELÁEZ, ZULUAGA, 2001). Quer dizer, a reforma estrutural permitiu a entrada, criação e fortalecimento de agentes financeiros que modularam a estrutura e as forças produtivas de acordo ao interesse da burguesia financeira, e na medida em que a confrontação com outras classes, frações de classe, e outros setores e atores sociais permitiram ou resistiram. (BORRERO, 2013)

⁴⁹ A Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo (Fedesarrollo) é um think-tank da burguesía colombiana que joga um papel central na defesa ideológica do neoliberalismo no país.

Este foi o caso do campo da saúde, onde a reforma sanitária introduziu um ator financeiro antes inexistentes, as EPS, que tornaram-se dominantes no sistema de saúde pelo poder econômico e político desenvolvido, adquiriram capacidade de modelar o próprio sistema de saúde. Está modelação se expressa, por exemplo, na administração gerencialista da maioria de centros privados de serviços de saúde no país, que priorizam o cumprimento de metas financeiras, sobre o cumprimento de metas de atenção em saúde; eficientismo sobre eficácia (Ver 5.3.1). (HERNÁNDEZ ET AL, 2012)

Outro aspecto a salientar, seguindo os documentos de Fedesarrollo, é que

[...] *los inversionistas han sido en buena parte responsables de las innovaciones financieras al igual que de la expansión industrial de los servicios financieros, con el uso activo de instrumentos como los derivados (opciones sobre índices y contratos de futuros)*. (ARBELÁEZ, ZULUAGA, 2001, p. 3)

Como analisávamos antes, na seção 3.1 desta dissertação, a negociação e especulação dos atores financeiros sobre este tipo de ativos foi uma das causas centrais das crises econômicas das últimas três décadas, e com isto, da falência de empresas, ramos da econômica, economias nacionais, e ainda do próprio sistema capitalista financeirizado. Por esta razão, interessa sobremaneira a análise da relação das EPS com este tipo de ativos, em particular se toma-se em consideração a posição vulnerável das EPS, e em geral dos atores financeiros colombianos, dentro do sistema político e financeiro global, nas que a sociedade colombiana ficou involucrada após a abertura econômica. A análise da regulação pública sobre a atuação dos investidores institucionais em geral, e das EPS em particular, parece então fundamental para compreender a dinâmica de investimento das EPS, E.G. analisar a possibilidade de investimento em ativos de alto risco permitida pela legislação⁵⁰.

Para o caso das EPS, a regulação está dividida em duas partes, cujo controle está designado em especial à *Superintendencia Nacional de Salud*: a regulação da gestão de serviços de saúde, onde está detalhada a estrutura e o funcionamento do sistema de saúde e a relação entre os atores do campo; e, a regulação da gestão

⁵⁰ Chama a atenção nos documentos revisados, a transversal reivindicação dos agentes financeiros por uma maior liberalização da regulação colombiana para os investimentos dos investidores institucionais (agentes financeiros), e a defesa do princípio do “agente prudente” e do *Corporate Governance*, numa defesa radical dos princípios do neoliberalismo para o contexto colombiano. (ARBELÁEZ, ZULUAGA, 2001; MORRIS, 2009; SALAZAR, ZULUAGA, 1998)

financeira das EPS, que determina o regime de investimentos e gerência patrimonial das EPS.

Na regulação da gestão dos serviços de saúde estão determinados os elementos constitutivos do modelo de *Managed Competition* colombiano, denominado Pluralismo Estruturado pelos ideólogos neoliberais da reforma (ENTHOVEN, 1988, 1993, 2005; LONDOÑO e FRENK, 1997). Sendo um modelo de mercado de compra e venda de serviços de saúde que reconhece algumas falências da dinâmica da livre concorrência em saúde, o modelo tenta regular a concorrência entre seguradoras, e entre prestadores, a través de diversos mecanismos. Para o caso das seguradoras a regulação está dada por: a padronização do benefício prometido ao comprador, neste caso, na padronização do pacote de serviços de saúde prometido, o *Plan Obligatorio de Salud* – POS; na padronização do valor do prêmio a ser paga em relação ao seu risco de saúde, denominada *Unidad de Pago por Capitalización* – UPC; na padronização de preços de alguns serviços; na proibição de seleção adversa; e na obrigatoriedade da continuidade da atenção, dentre outras medidas destinadas a regulação da concorrência.

As EPS lucram, como permitido constitucionalmente e como concebido na regulação do sistema, através do cobrança *pela função de articulação* a definidas na regulamentação. Sendo um sistema de *concorrência regulada*, nem os aportes per capita, nem os pacotes de serviços, são mecanismos nem de competição, nem de lucro para as EPS. O mecanismo de competição, teoricamente, é a qualidade do serviço, dada a liberdade de escolha de EPS do usuário, que tenderia a escolher a que melhor qualidade de serviços ofereça, e assim, o montante do lucro das EPS estaria determinado unicamente pela quantidade de usuários segurados, e não por outros fatores.

Segundo o modelo, as EPS também estão incentivadas a desenvolver programas de prevenção e promoção da saúde como mecanismo de diminuição da utilização bruta dos serviços por parte dos segurados, conservando ou aumentando a margem de lucro.

Mesmo com essas regulações e desenho estrutural, as EPS têm mostrado um comportamento fora do esperado, tanto na gestão dos serviços de saúde, que foi-se convertendo mais e mais numa função de contenção de custos, como na gestão

financeira, que mostrou um crescimento patrimonial acelerado, muito por acima do que caberia esperar de acordo às regulamentações dadas.

Existe uma ampla produção acadêmica e jornalística na Colômbia que demonstra que as EPS desenvolveram estratégias variadas de obtenção de lucro além do cobrança pela função de articulação permitida pela legislação. A saber: o lucro obtido pela negação de serviços, aumentado pela instauração de redes próprias de prestadores de serviços (integração vertical); a compra de ativos não relacionados com o setor saúde; o *recobro* por serviços fora do POS não prestados, ou por serviços incluídos no POS; pelo mecanismo judicial da ação de amparo para fazer com que o Estado assumisse parte dos gastos com serviços que deveriam ser cobertos pelas seguradoras, etc. (ABADÍA, OVIEDO, 2010; DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2010)

Este comportamento anormal, ou francamente criminoso das EPS, pelo qual, várias delas estão sendo processadas ou que sofreram intervenção pelo Estado nos últimos 5 anos, afetou diretamente o direito a saúde da população colombiana, e como analisado na introdução desta dissertação, provocou contradições no campo que propiciaram a conformação de um verdadeiro movimento social em saúde, que exigiu do Estado colombiano a reforma do sistema de saúde numa perspectiva pública e universalista, e exigiu maior controle sobre os atores privados com ânimo de lucro no sistema, e especialmente sobre as EPS. (BORRERO, 2013; TORRES, 2011; JARAMILLO, 2013)

Como resultado, os controles sobre as EPS foram aumentando, *sem chegar a ser suficientes para conseguir realmente regular a concorrência e o ânimo de lucro desenfreado*, como demonstrado na continuidade da mobilização social e a continuidade massiva das ações de amparo pelo direito à saúde, mas que propiciou o desenvolvimento de legislação que modificou os elementos centrais da regulação do mercado da saúde, ampliando e igualando o POS para os régimes contributivo e subsidiado, padronizando preços de forma mais ampla, e executando ações disciplinares e legais contra as EPS. (JARAMILLO, 2013)

A sentença T 760 de 2008 da Corte Constitucional, que igualou o POS e impôs outras obrigações sobre as EPS, o Decreto no. 1.011 de 2006, que estabeleceu o sistema obrigatório de garantia de qualidade, e o Decreto no. 574 de 2007, que regulamentou a administração patrimonial e financeira das EPS, foram as principais

normas desenvolvidas na segunda metade da década de 2000, depois da intensificação das mobilizações, e significaram pontos de clivagem do sistema. Na prática isto colocou maior pressão financeira e social sobre as EPS, que no médio prazo começaram a falir, como veremos nas seções seguintes. (BORRERO, 2013; HERNÁNDEZ ET AL, 2012; JARAMILLO, 2013)

Interessa aqui trazer um elemento da análise de Howard Waitzkin (WAITZKIN, IRIART, 2000; WAITZKIN, 2010) sobre a dinâmica das seguradoras em saúde (Managed Care Organizations) no mercado de saúde norteamericano. Ele chama a atenção sobre a saída abrupta das seguradoras de saúde de contextos onde aumentou tanto a concorrência, como o controle e regulação por parte do Estado frente à demanda da sociedade civil, deixando desprotegida à população e trasladando seu capital a novos nichos de mercado mais prometedores. Estas condições de aumento da concorrência, e de maior controle estatal às EPS em resposta a demanda da sociedade civil, tinham-se cumprido cabalmente no mercado colombiano para o momento em que começaram a falir e sofrer intervenção uma porção muito significativa das EPS, como veremos na seção seguinte. Isto exige, pelo menos, manter a hipótese da saída de capitais das seguradoras para outros nichos de mercado, nacionais ou internacionais, como explicação das crises das EPS. Aqui cabe lembrar a afirmação de Arrigui (1994) sobre o capital financeiro e as classes dominantes, de que sua dominância expressa-se na sua extrema fluidez, na sua facilidade para mudar de nicho de mercado a explorar, onde utilizar seu capital, sem outras considerações além da taxa de lucro, neste caso, deixando os segurados a sua s(m)orte.

Continuemos com a análise da *determinação do estruturado nas EPS*.

4.2 A determinação do estruturado nas EPS

Ao longo desta dissertação viemos mostrando as relações da instauração do regime financeirizado no sistema capitalista mundial, do ajuste estrutural, e de seus desenvolvimentos subsequentes no campo do mercado da saúde, na reforma

sanitária de começos da década de 1990 na Colômbia, como preâmbulo para analisar as relações desses fenômenos com a dinâmica financeira das EPS.

Uma primeira determinação que parece óbvia, mas que deve ser evidenciada, é que a própria existência das EPS, tal e como foram instauradas na metade da década de 1990, dependeu do processo de financeirização global, e de sua expressão na saúde, na medida em que foram as forças políticas, econômicas e ideológicas desta, que agenciaram o projeto de reforma sanitária dentro do projeto globalizador de orientação neoliberal. Têm-se destacado, em diversas ocasiões, a relação dos autores das teorias neoclássicas em saúde que estruturaram os modelos de MCo e MCo com as lideranças ideológicas da reforma na Colômbia, e a subsequente identidade teórica profunda do modelo do Pluralismo Estruturado com essas.

Também, tem-se destacado as relações e interesses que os próprios atores financeiros no campo da saúde nos EEUU, as seguradoras e *Managed Care Organizations*, agenciaram a través dos organismos financeiros multilaterais e de política global em saúde, e que jogaram um papel fundamental (de consenso, e especialmente de coerção) na realização das reformas para a instauração de modelos de mercado em saúde, e a introdução do capital privado na intermediação financeira dos sistemas de saúde.

Nesse quadro, tudo indica que foi na Colômbia onde está intencionalidade foi melhor alcançada, sendo que, efetivamente, os agentes financeiros privados, as EPS, são hoje os agentes dominantes do sistema de saúde. (HERNÁNDEZ ET AL, 2012)

Como descrito, o apoio do setor hegemônico no aparato governamental colombiano, e na burguesia financeira no país, foi contundente e decisivo desde o começo da reforma. Este apoio se manteve ao longo do tempo, com expressões particularmente fortes de respaldo durante os momentos de contendas políticas por mudanças no sistema, e que sempre terminaram com a reafirmação do Pluralismo Estruturado, ainda que com ajustes menores. (BARÓN, 2007; HERNÁNDEZ ET AL, 2012; MELO, RAMOS, 2010).

Também deve ser considerada a influência das EPS, algumas das quais já formaram parte do grupo de empresas mais lucrativas do país, no aparato governamental a través da pressão econômica e política de lobby, na busca de defender seus interesses de continuidade do negócio. Por exemplo, num documento

da *Contraloría General de la Nación* em pesquisa administrativa por malversação de fundos públicos, indica-se

La EPS SALUDVIDA desvió recursos de la salud para financiar partidos políticos, tal como muestra el comprobante de pago 000140 de enero de 2006, por medio del cual se efectuaron aportes por \$50 millones al Partido Social de Unidad Nacional – Partido de la U, valor autorizado por la Junta Directiva de dicha EPS [...] (CONTRALORÍA GENERAL DE LA NACIÓN, 2012, p.7)

Também cabe citar o jornal virtual *Salud Colombia*, que afirma que

Recientemente, un honorable magistrado del Consejo de Estado, en relación con un fallo sobre la desviación de recursos de un servicio público hacia el financiamiento de una campaña política, señalaba: “Los políticos han aprendido que la privatización de los servicios públicos les es mucho más útil que el modelo anterior de gestión pública, dado que no existen restricciones legales para que estas empresas privadas aporten recursos hacia organizaciones o personas que financian sus campañas, restricciones que si son claras en la legislación para las entidades del Estado. (SALUD COLOMBIA, 2007. 22/02/2005)

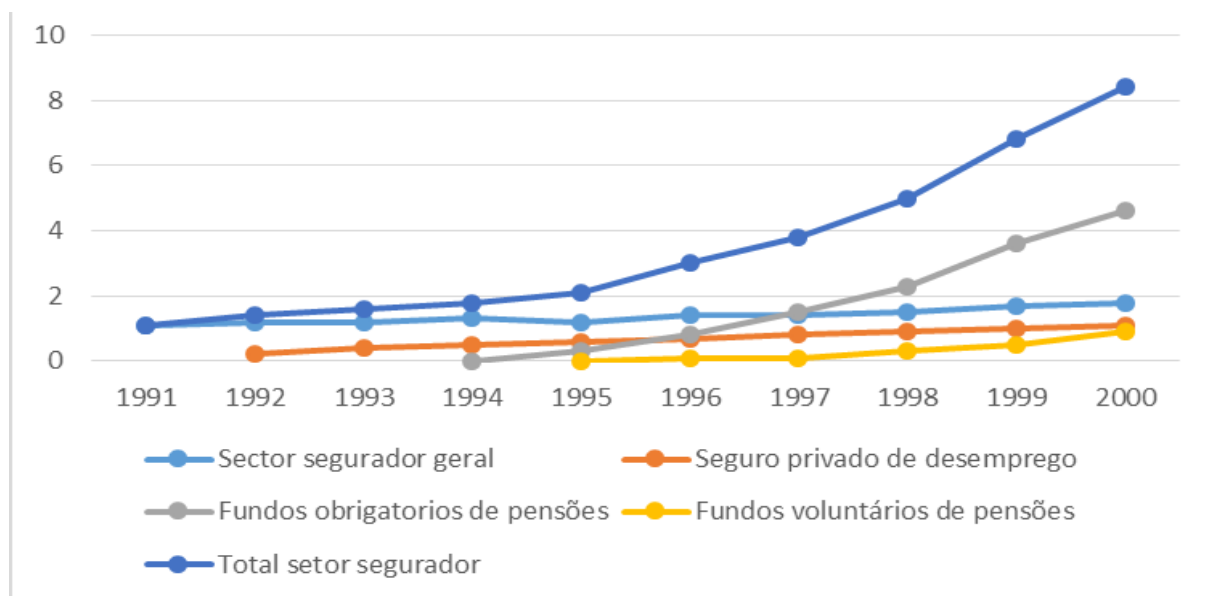
Outra determinação fundamental da dinâmica estrutural sobre as EPS, tem a ver com o processo de ajuste estrutural. Como dito, no começo da década de 1990, sob o governo de Cesar Gaviria (1990-1994), e com os governos subsequentes, deram-se as contundentes reformas de ajuste estrutural: abertura comercial, abertura da conta de capitais, autonomização do banco central, privatizações e desregulamentação laboral, descentralização, dentre outras (KALMANOVITZ, 2010; MISAS, 2002). Passamos agora a uma análise detida da relação destes processos do ajuste estrutural com a dinâmica financeira das EPS.

4.2.1 Ajuste estrutural, financeirização e dinâmica financeira das EPS

As reformas estruturais jogaram um papel fundamental ao disponibilizar capital novo e abrir novos mercado para a atuação dos agentes financeiros. Assim, os fundos públicos de pensões, parte dos recursos públicos para saúde, o capital de empresas produtivas ou financeiras nacionais, e a investimento estrangeira direta, passaram a financiar atividades nos novos mercados, dominados pela dinâmica financeirizada que viemos analisando.

Para o setor segurador em geral, sem contar as EPS, os capitais provenientes das pensões e seguro de desemprego, e da IED, canalizada pelos bancos, foram fundamentais para ampliar de forma significativa seu peso na economia colombiana, especialmente a través dos novos fundos de pensões privados, seguradoras de riscos profissionais e seguradoras gerais. O peso da atividade econômica do setor segurador passou de aproximadamente um 1.1% do PIB em 1991, a 7.5% do PIB em 2000, e continuou a crescer durante a década de 2000 (Ver Figuras 6 e 7). (ARBELÁEZ, ZULUAGA, 2001)

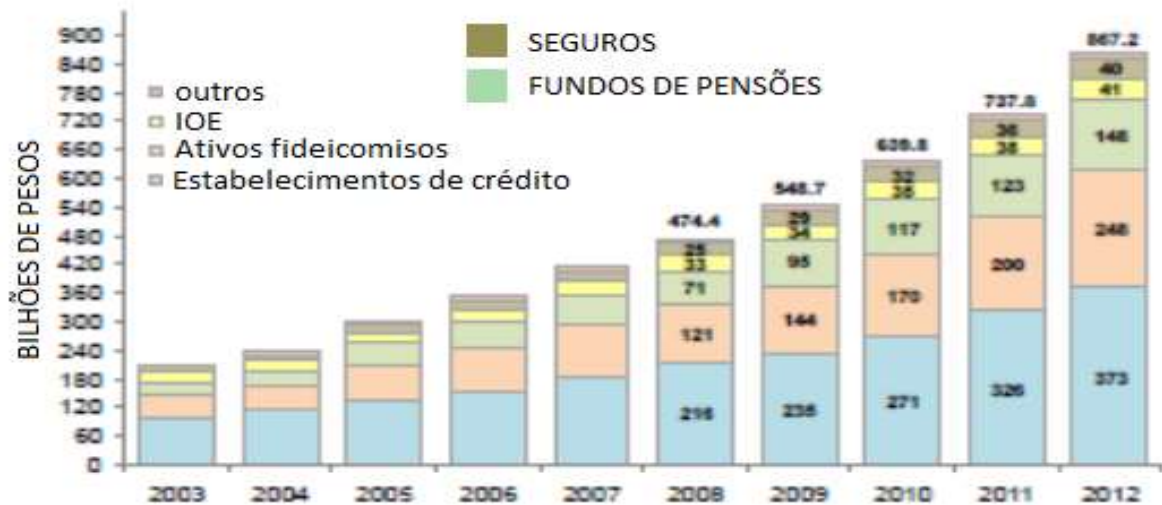
Figura 6- Porcentagem do PIB representado pelo setor segurador por ano na Colômbia



Nota: Elaboração própria.

Fonte: ARBELÁEZ, ZULUAGA , 2001.

Figura 7- Total ativos do sistema financeiro e total ativos administrados pelas entidades vigiadas pela *Superintendencia Financiera de Colombia*



Nota: Elaboração própria.

Adaptada de: SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA, 2012, P. 12.

Como foi dito anteriormente, a reforma sanitária abriu um novo mercado para a intermediação financeira que foi ocupado pelas EPS, para as quais a fonte de capital novo mais significativo para sua atividade de intermediação financeira foi o fundo público; os recursos públicos de saúde constituíram-se na sua principal fonte orçamentária, e com isto, para sua atividade como investidor institucional, como agente financeiro. (GRANEMANN, 2013)

Como analisado previamente, o gasto público em saúde aumentou de maneira substancial, mais do que duplicando-se durante as duas décadas seguintes ao ajuste estrutural, demonstrando que mais do que recortes do gasto social, o objetivo primário da reforma era a disponibilização destes recursos em função do lucro; o problema de fundo, como percebido pelo interesse do capital privado, e pela análise neoliberal, era o como estavam-se gastando os recursos públicos em saúde, e não tanto o quanto. (KALMANOVITZ, 2010)

Barón (2007) chama a atenção de que

[...] puede establecerse también que Colombia, en comparación con los países de similar desarrollo, ha llegado a registrar una participación significativamente alta del gasto público en salud en relación con el gasto total en salud (78,3 % en promedio, durante 1998-2002), de hecho la más alta después de Cuba (85,7 %) en toda la región de América Latina y el Caribe. (2007, p. 175)

Analisando a estrutura de financiamento do sistema de saúde na Colômbia, Barón (2007) destaca o amplo respaldo político do aparato governamental colombiano para o aumento do financiamento público do sistema reformado:

De manera consistente con lo anterior, se adoptaron estrategias y mecanismos de mancomunación y movilización de recursos incorporados en la Ley 100 de 1993, como el incremento inicial de las cotizaciones de la seguridad social, la creación de nuevas fuentes de recursos de origen fiscal y la redestinación de otros, la progresiva asignación de subsidios para la afiliación de los grupos más pobres de población mediante un financiamiento combinado de fuentes fiscales y un mecanismo de solidaridad, así como el mayor esfuerzo de financiamiento de las entidades territoriales, mediante el sistema de transferencias desarrollado en la Ley 60 de 1993 y reformado posteriormente mediante la Ley 715 de 2001 y los recursos propios de las mismas entidades. (BARÓN, 2007, p. 155)

Na Tabela 1 podemos observar que os gastos públicos totais em saúde como proporção do PIB aumentaram, passando de 3.0% em 1993, a 5,7% em 1996, valor que continuou aumentando durante o final da década de 1990, até chegar a um pico de 7,1% em 1999, para depois descer no começo da década de 2000, e estabilizar-se ao redor de 6,2% em 2002. Como pode ser visto na Tabela 1, aparentemente no ano de 2004 aconteceu uma queda significativa do gasto total em saúde, produzida por uma queda do gasto público. Porém, este resultado é produto da mudança dos indicadores utilizados pelo *Ministerio de salud* para as contas em saúde, no processo de adaptação a parâmetros internacionais, sendo a mudança mais importante a exclusão dos gastos de administração do *Ministerio de salud* e das entidades subnacionais do item do gasto público. (BARÓN, 2007; MINISTERIO DE SALUD, 2014)

Por indisponibilidade dos dados primários sobre os gastos administrativos dessas entidades, foi impossível a compatibilização desse indicador com o utilizado na série de dados anterior a 2004. Esta modificação afeta a série de dados dos gastos em saúde desde o ano 2004 até o ano 2011. (BARÓN, 2007; MINISTERIO DE SALUD, 2014)

Porém, nem toda análise sobre a sequência completa dos gastos em saúde por tipo de recurso entre 1993 e 2011 é inviável, e pode ser reafirmado seu crescimento significativo e sustentado, sempre que a maioria de autores que já analisaram os gastos de saúde coincidem em ressaltar o crescimento contínuo do montante do Gasto Total em Saúde (GTS) destinados no sistema (BARÓN, 2007; GIRALDO, 2007; JAIMES, RINCÓN, 2009). Por exemplo, Peláez (2011) assinala que, segundo seus cálculos, a

taxa de crescimento médio dos gastos totais em saúde aumentou 4,16% por ano entre 1993 e 2003, e 6,89% entre 2003 e 2009⁵¹. Em termos de gasto total em saúde, o montante do PIB passou de 6,2% em 1993 a 7,8% em 2003, depois de ter chegado a ser de 9,6% em 1997. A mesma inferência do crescimento significativo e sustentado pode ser feita para o gasto público, dado que o montante do gasto total depende em maior medida do montante do gasto público.

Também é fundamental assinalar que para as duas séries de dados por separado o gasto total em saúde mostra um aumento contínuo em termos da porcentagem do PIB, com uma proporção continuamente crescente do gasto público na série 1993-2003, e estavelmente superior ao redor do 75% do GTS na série 2004-2011. (Ver Figuras 8, 9, 10, e 11)

O gasto privado começa a série sendo superior que o público, mas rapidamente e igualado por este em 1997, dois anos depois da criação das primeiras EPS, e a partir dali começa a diminuir sua participação do GTS de forma significativa e permanente durante toda a série de dados, permanecendo no patamar aproximado de 28% do GTS.

Como dito antes, os recursos públicos em saúde estão compostos fundamentalmente por recursos fiscais, recursos para-fiscais, recursos das receitas gerais da república, e por receitas das entidades subnacionais. Destes, os recursos para-fiscais (as contribuições sociais sobre folha de pagamento), representam a maior proporção, sendo que no período 2010-2013 representaram um total de 53.17% do total dos recursos da saúde. (MINISTERIO DE SALUD, 2013)

Os recursos do Regime Contributivo (RC) estão compostos por: contribuições sociais; por recursos repassados pelo FOSYGA em caso de desequilíbrio entre os recursos arrecadados da população afiliada⁵², e o montante total de recursos correspondentes por UPC; e por outras receitas, como das quotas moderadoras e co-pagamentos⁵³, ou dos rendimentos financeiros, dentre outros. (MELO, RAMOS; 2010)

⁵¹ Em dados brutos, os gastos totais em saúde passaram de COP \$9.5 bilhões em 1993 a COP \$14.3 bilhões em 2003, e a COP \$27.6 bilhões em 2009. (PELAÉZ, 2011)

⁵² Este é o *mecanismo de compensación*. Ver (BARÓN, 2007; PELÁEZ, 2011)

⁵³ Quotas desenhadas no modelo para modular o uso *indiscriminado* dos serviços de saúde por parte da população, e que são cobradas sistematicamente pelas EPS.

Os recursos do Regime Subsidiado (RS) estão compostos pelas receitas gerais da nação, as receitas repassados às entidades subnacionais com destinação específica, as receitas próprios das entidades subnacionais, e recursos do FOSYGA. (MELO, RAMOS; 2010)

Tabela 1- Recursos em saúde por caráter do recurso como % do GTS e como % do PIB

RECURSOS EM SAÚDE POR CARÁTER DO RECURSO ¹																			
CARÁTER DO RECURSO/ANO	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>COMO PORCENTAGEM DO PIB</i>																			
% Gasto total em salud (GTS)	6,20	6,80	7,30	8,80	9,60	9,30	9,30	7,70	7,70	7,60	7,80	5,40	5,80	6,10	6,30	6,60	7,00	6,80	6,50
% Gasto público	3,00	3,70	4,30	5,70	6,20	6,70	7,10	6,20	6,20	6,20	6,60	4,10	4,30	4,50	4,50	4,70	5,10	5,00	4,90
% Gasto privado em saúde	3,30	3,20	3,00	3,10	3,40	2,60	2,20	1,50	1,50	1,30	1,20	1,30	1,50	1,60	1,70	1,90	1,90	1,80	1,60
<i>COMO PORCENTAGEM DO GTS</i>																			
% Gasto público em saúde	21,90	30,30	32,90	36,20	35,20	35,70	36,60	41,60	38,80	42,30	39,60	75,93	74,14	73,77	71,43	71,21	72,86	73,53	75,38
% Gasto privado em saúde	52,30	46,80	41,40	35,20	35,10	28,10	23,70	19,10	19,80	17,80	15,90	24,07	25,86	26,23	26,98	28,79	27,14	26,47	24,62

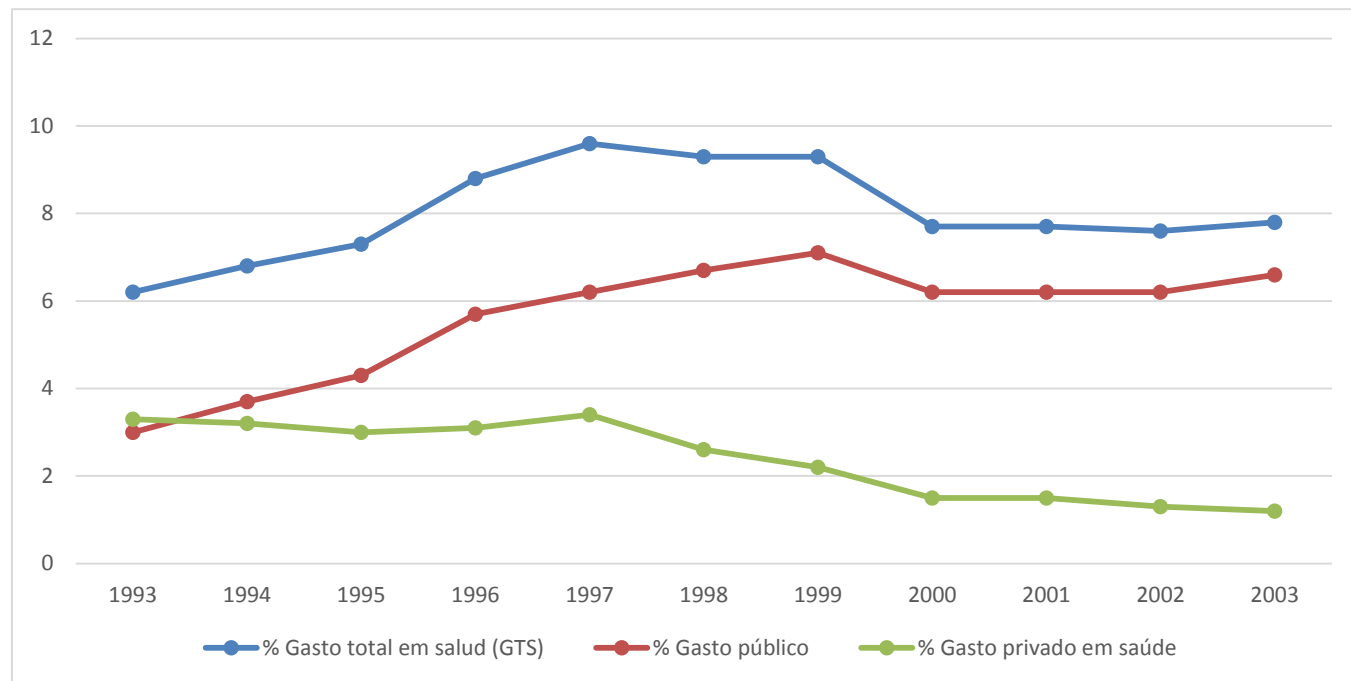
Nota: ¹ A definição técnica dos indicadores pode ser encontrada, para a série de dados de 1993-2003, em BARÓN, 2007, e para a série de dados de 2004-2011 em MINISTERIO DE SALUD, 2014.
 Fontes: Superintendencia Nacional de Salud; Contraloría General de la República; Ministerio de salud; Banco de la República; Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE); Banco Mundial.

Tabela 2- Gasto em saúde por regime e subsidio à oferta como % do GTS e como % do PIB

GASTO EM SAÚDE POR REGIME E SUBSIDIO À OFERTA ¹																			
GASTO/ANO	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>COMO PORCENTAGEM DO GTS</i>																			
% Regime contributivo			25,70	28,58	29,73	36,17	39,66	39,37	41,48	39,93	44,46	38,71	36,39	38,54	37,30	35,66	39,26	36,41	38,48
% Regime subsidiado			3,23	4,31	6,42	8,57	8,57	9,40	11,74	12,64	11,02	13,63	13,19	14,58	15,54	17,98	16,77	17,75	20,64
% RC+RS			28,94	32,89	36,15	44,73	48,23	48,77	53,22	52,56	55,48	52,34	49,58	53,12	52,83	53,64	56,03	54,16	59,12
% Subsidios à oferta			21,56	24,61	22,25	20,67	20,87	24,13	19,76	19,71	20,44	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.
<i>COMO PORCENTAGEM DO PIB</i>																			
% Regime contributivo			1,90	2,50	2,80	3,40	3,70	3,00	3,20	3,00	3,60	2,35	2,37	2,61	2,59	2,59	2,85	2,74	2,75
% Regime subsidiado			0,20	0,40	0,60	0,80	0,80	0,70	0,90	1,00	0,90	0,82	0,86	0,99	1,08	1,30	1,29	1,34	1,48
% RC+RS			2,10	2,90	3,40	4,20	4,50	3,70	4,10	4,00	4,50	3,17	3,23	3,60	3,67	3,89	4,15	4,08	4,23

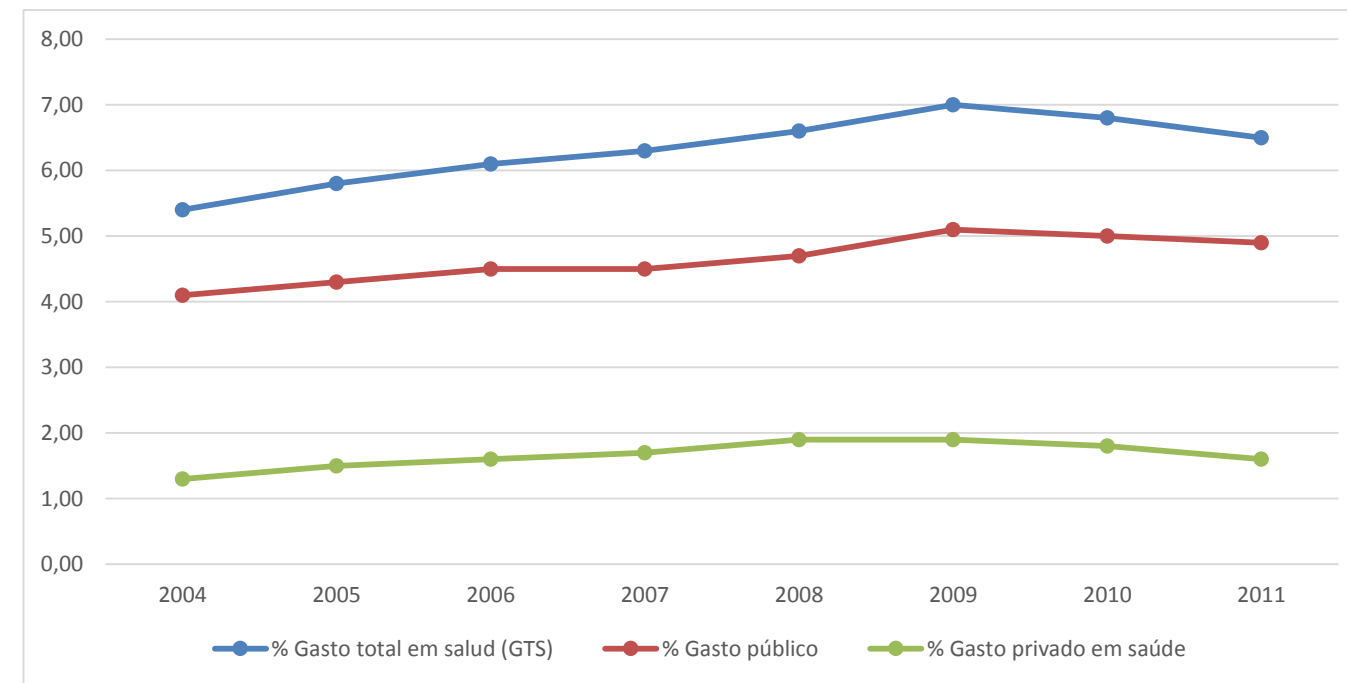
Nota: ¹ A definição técnica dos indicadores pode ser encontrada para a série de dados de 1993-2003 em BARÓN, 2007, e para a série de dados de 2004-2011 em MINISTERIO DE SALUD, 2014.
 Fontes: Superintendencia Nacional de Salud; Contraloría General de la República; Ministerio de salud; Banco de la República; Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE); Banco Mundial.

Figura 8- Gastos em saúde por caráter do recurso como % do PIB (1993-2003)



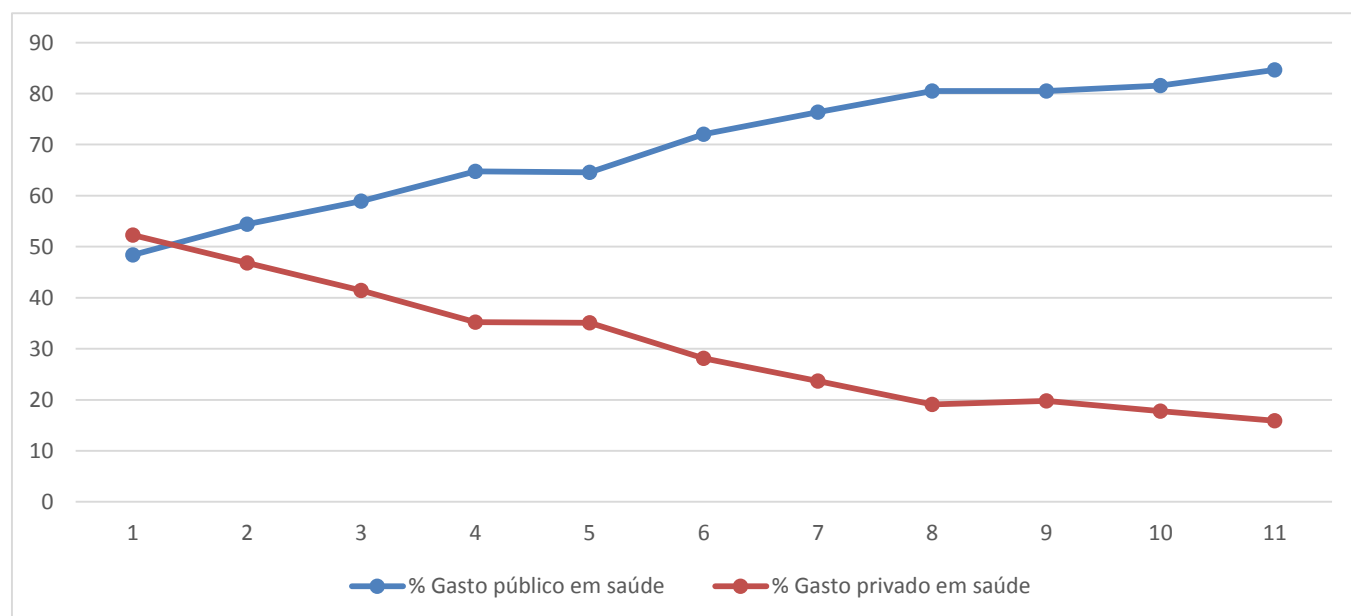
Nota: Elaboração própria.
Fonte: BARÓN, 2007.

Figura 10- Gastos em saúde por caráter do recurso como % do PIB (2004-2011)



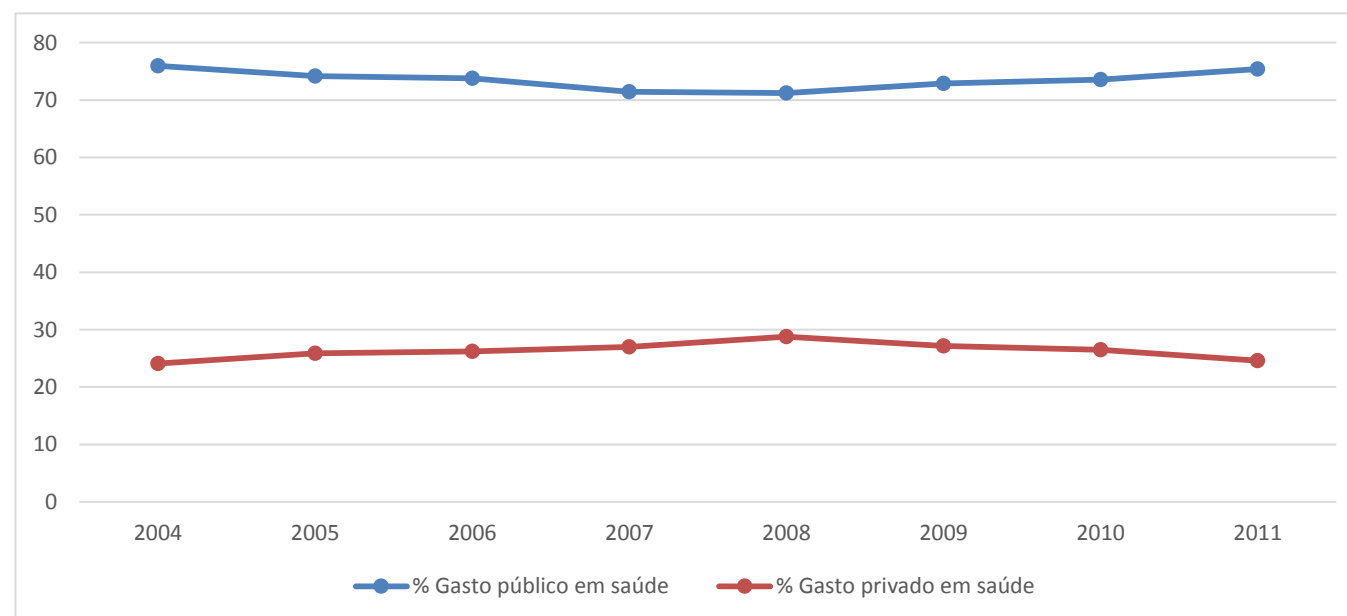
Nota: Elaboração própria.
Fonte: MINISTERIO DE SALUD, 2014.

Figura 9- Gastos em saúde por caráter do recurso como % do GTS (1993-2003)



Nota: Elaboração própria.
Fonte: BARÓN, 2007.

Figura 11- Gastos em saúde por caráter do recurso como % do GTS (2004-2011)



Nota: Elaboração própria.
Fonte: MINISTERIO DE SALUD, 2014.

O modelo de *Pluralismo Estructurado* colombiano dividiu o seguro de saúde segundo a capacidade de pagamento da população. A população com capacidade de pagamento estaria segurada a través do RC, contribuindo sobre folha de pagamento, enquanto a população sem capacidade de pagamento estaria segurada a través do RS, ou Régime de subsidio à demanda. O RS incluiu a identificação da população beneficiada através de um *Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales* -SISBEN⁵⁴, que identificava a população comprovadamente pobre para ingresso a programas sociais focalizados, como o RS em saúde, o programa de transferência de renda condicionada *Familias em Acción*⁵⁵, subsídios de moradia, dentre outros programas.

Tanto no RC, como no RS, as EPS constituíram-se como os intermediários financeiros para a gestão de serviços de saúde, cumprindo a função teórica da articulação (LONDOÑO e FRENK, 1997). Assim, estas instituições atuavam como intermediários de saúde dos recursos do RC+RS (Ver Tabela 2, acima), que para o ano 1995, de criação das primeiras EPS, já eram da ordem do 28.9% do GTS. A porcentagem cresceu continuamente durante a década de 1990, até chegar a ser de 53,2% do GTS no ano de 2001. Durante toda a década de 2000 se manteve estavelmente superior a 50% do GTS, sendo da ordem de 49,3% para a série de dados 1995-2011. Quer dizer, metade do GTS foi intermediado pelos seguros de saúde na década de 2000 na Colômbia.

O gasto por regime de seguro mostra a composição maior do RC como porcentagem do GTS já desde 1995, sendo de 25,7% do GTS esse ano. Essa porcentagem cresceu de forma contínua durante o final da década de 1990 e o começo da década de 2000, até chegar a um pico de 44,46% do GTS em 2003. Nos anos seguintes sofreu uma queda pequena, e se estabilizou ao redor de 37.5% do GTS até o fim da série de dados em 2011. O gasto do RS é muito menor em comparação ao do RC, e começou sendo de só 3,23% do GTS no ano de 1995. Desde esse ano apresentou uma tendência de crescimento quase contínua, sem superar o 10% do GTS durante toda a década de 1990, e menor que o 20% do GTS durante a década de 2000, para chegar a seu pico de 20,64% do GTS em 2011. Contudo,

⁵⁴Ver <https://www.sisben.gov.co/Inicio.aspx>

⁵⁵Ver http://www.dps.gov.co/Ingreso_Social/FamiliasenAccion.aspx

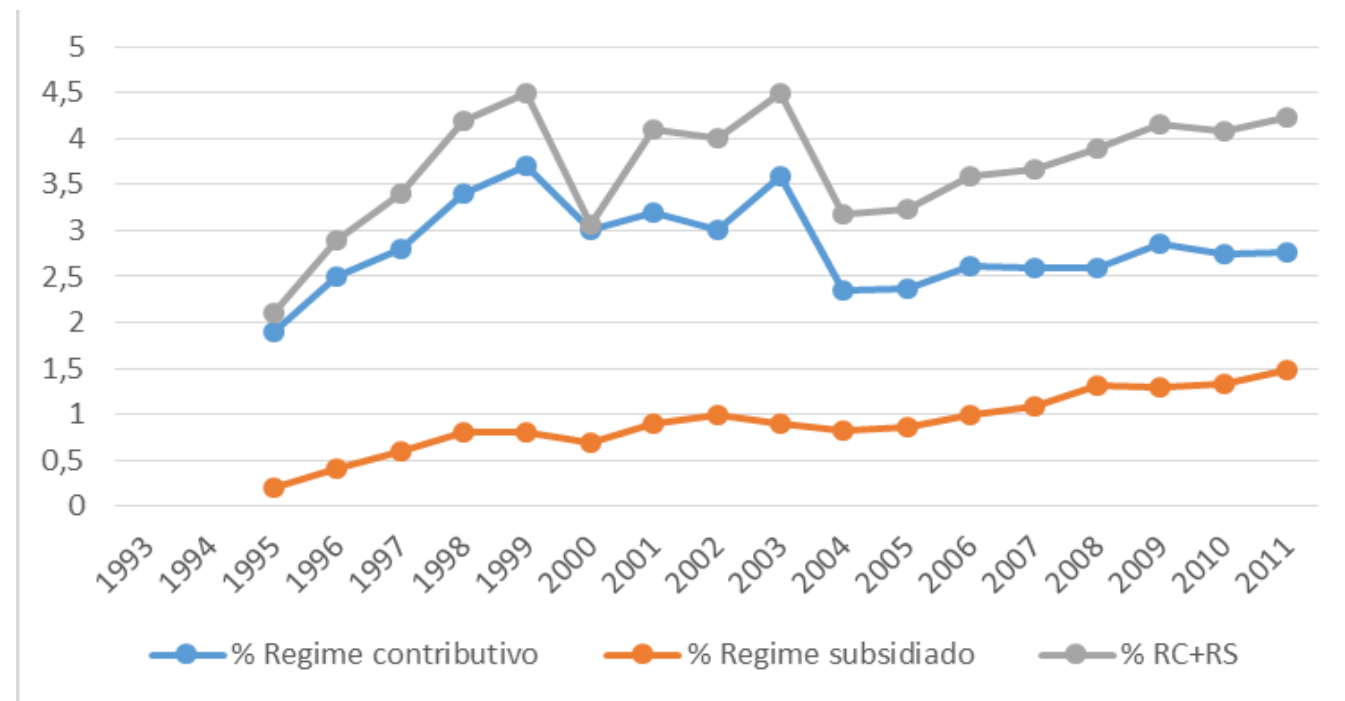
proporcionalmente o gasto no RC é três vezes maior que o do RS para toda a série de dados. (Ver Figuras 12 e 13)

Cabe lembrar, como descrito na seção 3.2, que dada a preponderância do GTS no RC, e fundamentalmente pela disponibilidade de fontes de informação para abordar de forma facciosa a análise da dinâmica financeira das EPS, esta dissertação se centrará no comportamento financeiro estrutural das EPS do RC. Dentre outras razões que sustentam esta opção metodológica, estão o fato de que a maior concentração de capital privado está nas EPS deste regime, que são estas as que maiores recursos administram e maiores investimentos realizam, e que as EPS que dominam o mercado de seguros em saúde estão nesse regime. Estes elementos serão aprofundados nas seções seguintes.

Cabe ressaltar também a proporção entre o gasto no RS e o gasto em Subsídios à oferta. Como salientado anteriormente, o RS é um mecanismo de focalização, que incorpora a população sem capacidade de pagamentos no mercado de seguro em saúde a través de um subsídio; um subsídio à demanda das pessoas comprovadamente pobres. Como a alocação destes subsídios supunha um trabalho de adaptação, o Estado continuou subsidiando a oferta de serviços para a população ainda não segurada. Dentro do modelo previsto, o subsídio à demanda devia ter substituir o “ineficiente” subsídio à oferta rapidamente, mas, como visto na série de dados disponíveis entre 1995 e 2003, o subsídio à demanda permaneceu, sistemática e consideravelmente, mais elevado, numa proporção de 2.5 vezes maior. Isto, porém, não evitou o desfinanciamento dos hospitais públicos nos momentos de crises econômica, onde se deram cortes importantes aos recursos de subsídio à oferta, como entre 1998-1999, e 2001-2002.

Em geral, uma parcela cada vez maior dos recursos em saúde foi para intermediação do capital privado, das EPS privadas, como pode ser observado na Tabela 3 e nas Figuras 14, 15, 16 e 17.

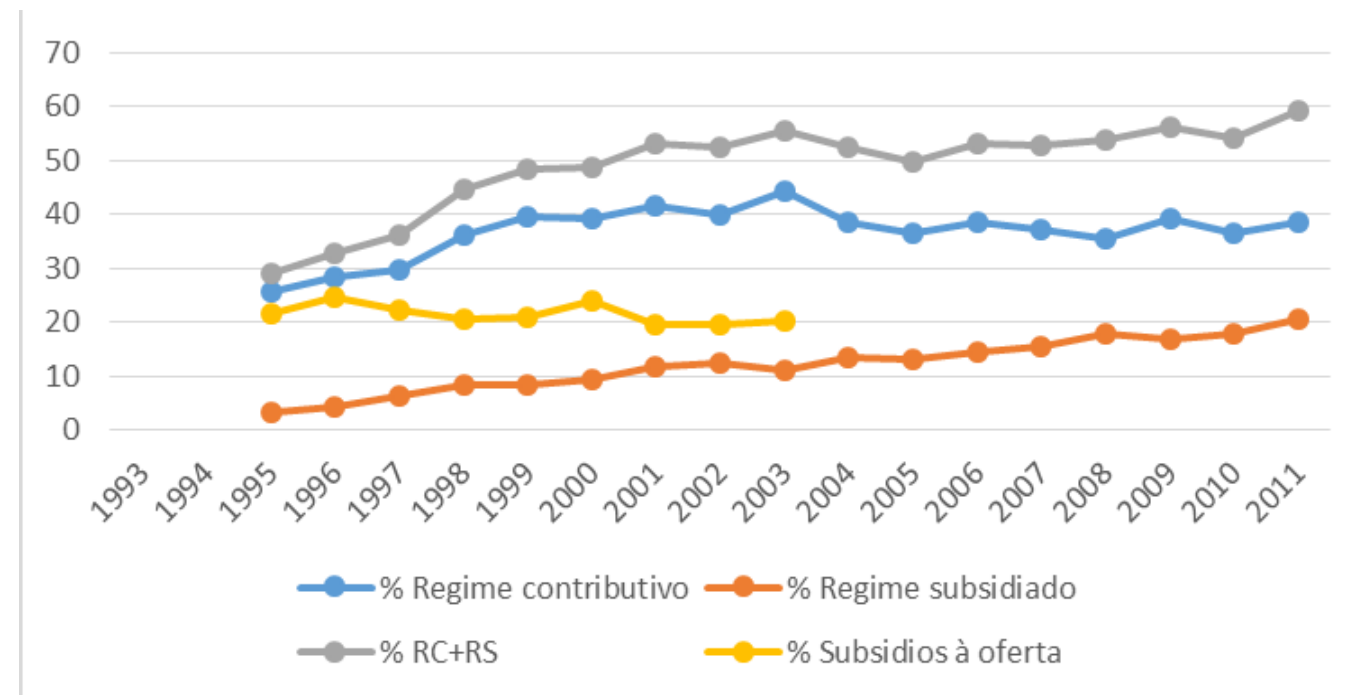
Figura 12- Gasto em saúde por regime e subsidio à oferta como % do GTS



Nota: Elaboração própria.

Fontes: Superintendencia Nacional de Salud; Contraloría General de la República; Ministerio de salud; Banco de la República; Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE); Banco Mundial.

Figura 13- Gasto em saúde por regime e subsidio à oferta como % do PIB



Nota: Elaboração própria.

Fontes: Superintendencia Nacional de Salud; Contraloría General de la República; Ministerio de salud; Banco de la República; Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE); Banco Mundial.

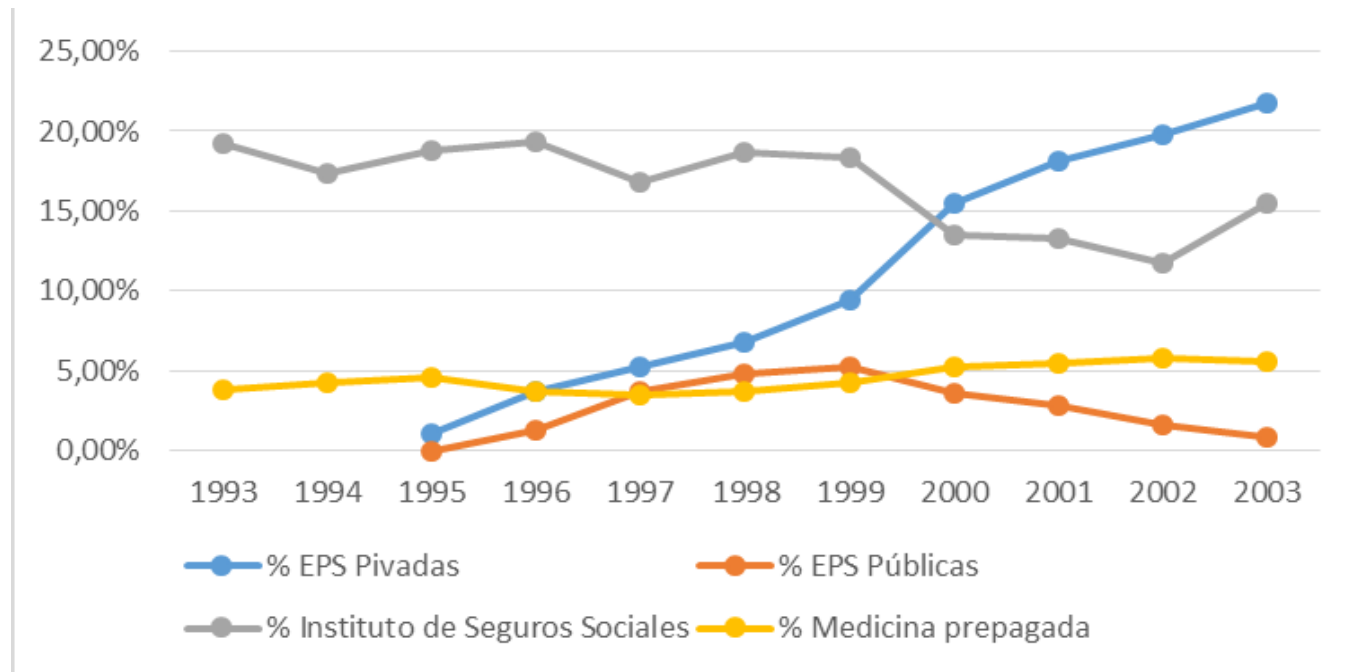
Tabela 3- Gasto em saúde por tipo de seguradora em saúde como % do GTS e como % do PIB

GASTO EM SAÚDE POR TIPO DE SEGURADORA EM SAÚDE											
GASTO/ANO	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<i>COMO PORCENTAGEM DO GTS</i>											
% EPS Pivadas			1,06%	3,66%	5,19%	6,79%	9,44%	15,46%	18,13%	19,73%	21,73%
% EPS Públicas			0,00%	1,31%	3,65%	4,75%	5,25%	3,60%	2,82%	1,57%	0,81%
% Instituto de Seguros Sociales	19,22%	17,33%	18,73%	19,38%	16,83%	18,71%	18,39%	13,54%	13,33%	11,72%	15,50%
% Medicina prepagada	3,84%	4,23%	4,54%	3,67%	3,49%	3,71%	4,26%	5,25%	5,44%	5,74%	5,61%
<i>COMO PORCENTAGEM DO PIB</i>											
% EPS Pivadas			0,08%	0,32%	0,50%	0,63%	0,88%	1,18%	1,40%	1,49%	1,69%
% EPS Públicas			0,00%	0,11%	0,35%	0,44%	0,49%	0,28%	0,22%	0,12%	0,06%
% Instituto de Seguros Sociales	1,20%	1,18%	1,38%	1,70%	1,61%	1,74%	1,72%	1,04%	1,03%	0,89%	1,21%
% Medicina prepagada	0,24%	0,29%	0,33%	0,32%	0,33%	0,35%	0,40%	0,40%	0,42%	0,43%	0,44%

Nota: Elaboração própria.

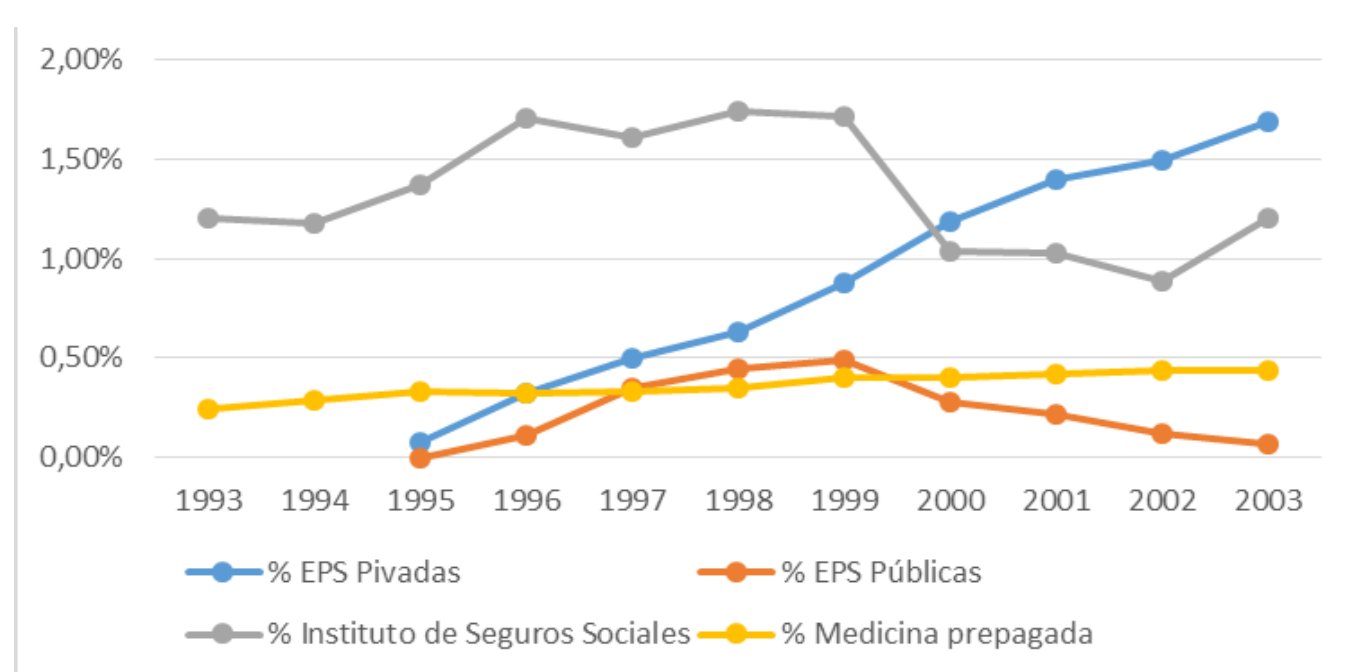
Fontes: Superintendencia Nacional de Salud; Contraloría General de la República; Ministerio de salud; Banco de la República; Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE); Banco Mundial.

Figura 14- Gasto em saúde por tipo de seguradora em saúde como % GTS (1993-2003)



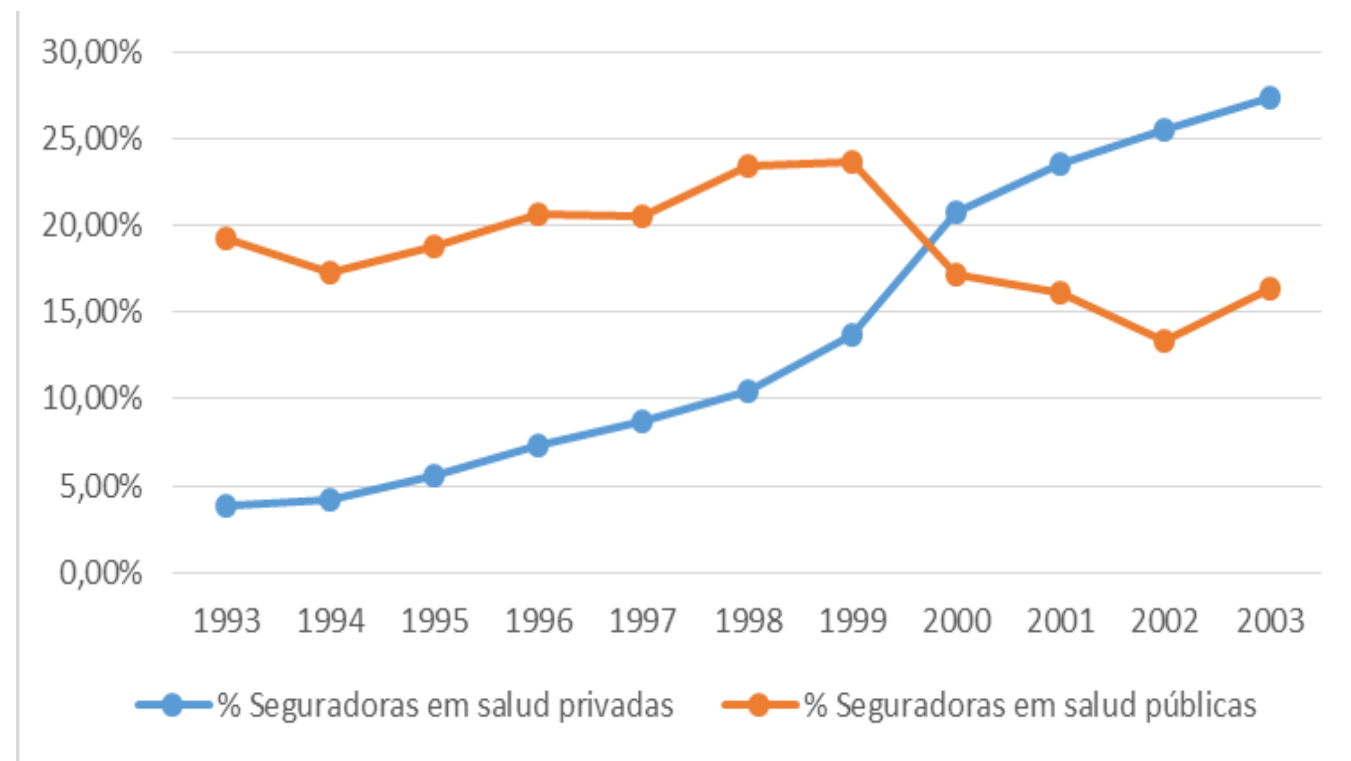
Nota: Elaboração própria.
Fonte BARÓN, 2007.

Figura 16- Gasto em saúde por tipo de seguradora em saúde como % GTS (1993-2003)



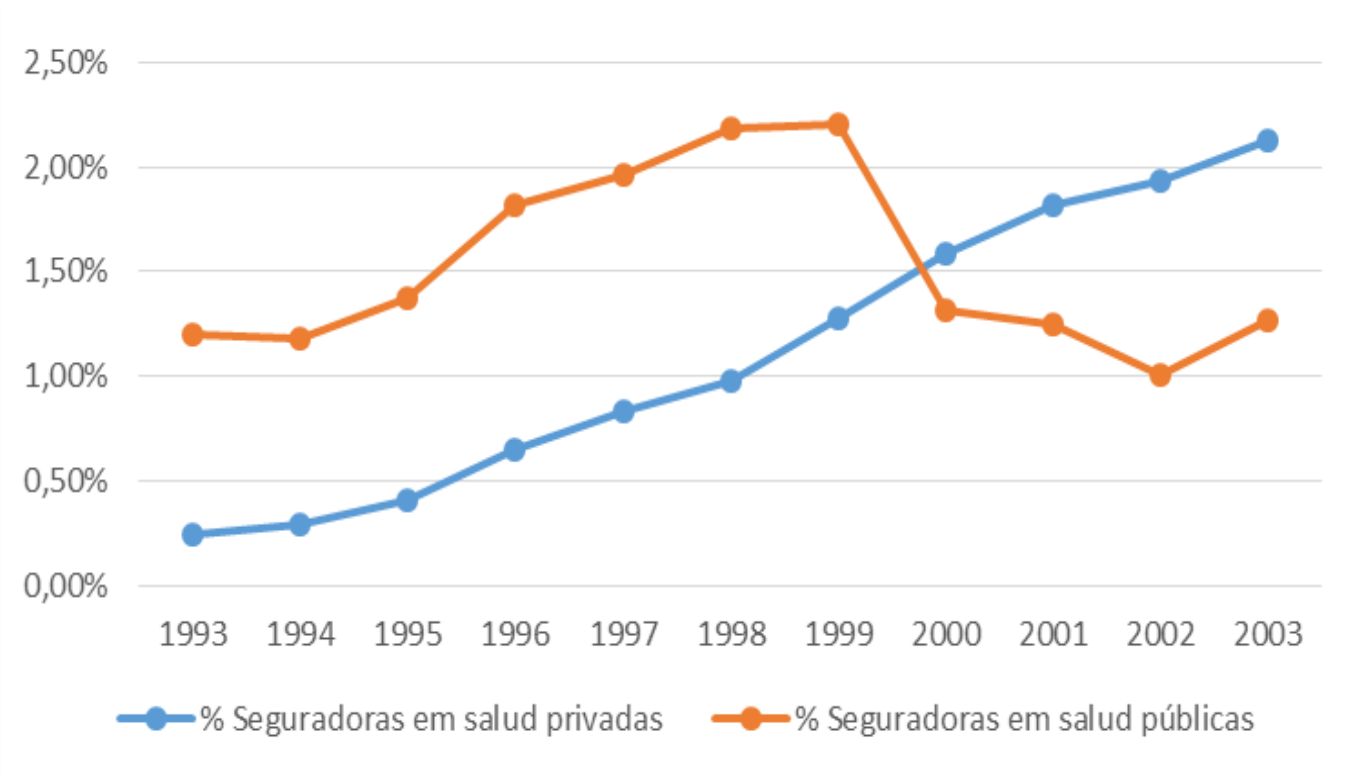
Nota: Elaboração própria.
Fonte BARÓN, 2007.

Figura 15- Gasto em saúde por caráter da seguradora em saúde como % GTS (1993-2003)



Nota: Elaboração própria.
Fonte BARÓN, 2007.

Figura 17- Gasto em saúde por caráter da seguradora em saúde como % PIB (1993-2003)



Nota: Elaboração própria.
Fonte BARÓN, 2007.

Desde o começo da reforma sanitária foi clara a intenção de privatização do conjunto das organizações da seguridade social e saúde. O *Instituto de Seguros Sociales* (ISS), como a maior delas, foi o principal alvo dos ataques. Porém, o poder de negociação dos trabalhadores e da tecnocracia do ISS conseguiu a continuidade deste na Lei no. 100/1993, sem que isso significara o fim das tentativas da burocracia neoliberal e da burguesia financeira por privatizá-lo. Nas gráficas apresenta-se o ISS separado das outras seguradoras públicas pela sua representatividade dentro do setor, e porque parece representar bem a dinâmica da reforma respeito das EPS públicas.

A crítica neoliberal sobre o ISS assinalava sua ineficiência, ineficácia e monopólio. Depois da introdução das EPS privadas, as críticas continuaram sob a argumentação da concorrência desleal e de que a atuação do ISS produzia irregularidades na estrutura do mercado. Sucessivas reformas se sucederam privatizando- os diferentes componentes do ISS (pensões, riscos profissionais e saúde), até que foi finalmente liquidado no ano de 2007. No campo da saúde foi substituído por uma EPS privada. (HERNANDEZ ET AL, 2012)

A superação do gasto em saúde do ISS por parte das EPS privadas no ano de 2000, mostra a rápida reforma de uma instituição que vinha funcionando desde 1946, e que foi paulatinamente substituída por novos atores. Estes novos intermediários privados não mostraram no curto e médio prazo melhores resultados de saúde. O que aumentou foi a lucratividade da intermediação financeira do direito à saúde e a instabilidade do sistema. (BARÓN, 2007; PELÁEZ, 2011; YEPES ET AL, 2010)

Para a série de dados apresentados acima, as EPS privadas passaram de intermediar 0% do PIB em 1994, quando não existiam, a o 1.7% do PIB em 2003. Se somadas as empresas de *Medicina Prepagada*, denominação colombiana para os planos de saúde privados de afiliação voluntária, para os quais a reforma do sistema sanitário aumentou seu mercado por múltiplas vias, as seguradoras privadas passaram de intermediar o 0,25% do PIB em 1993, a intermediar 2,1% do PIB em 2003. Para o período entre 2004-2010, para o qual não se dispõe de dados, e possível inferir, considerando o crescimento do gasto total e do gasto público neste período, que a quantidade de recursos intermediados pelas EPS privadas, e pelas seguradoras privadas em geral, também aumentou durante este período de tempo, especialmente,

com a liquidação do ISS e de outras EPS públicas como se verá a continuação. (Ver Tabela 4)

Tabela 4- Número de EPS do Régime Contributivo por caráter da EPS

NÚMERO DE EPS DO RÉGIME CONTRIBUTIVO POR CARÁTER DA EPS																		
CARATER EPS/ANO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 ¹	2010	2011	2012
Total EPS RC	25	30	31	30	30	27	29	29	27	27	27	26	26	28	28	28	26	23
EPS Privadas	17	18	18	18	18	17	18	19	19	19	20	20	20	23	23	23	22	21
EPS Públicas ²	8	12	13	12	12	10	11	10	8	8	7	6	6	5	5	5	4	2

Nota: Elaboração própria.

1 Neste ano as seguradoras dos denominados *Regimenes Especiales* apresentaram informes financeiros. Estes não foram considerados nesta análise.

2 Inclui o *Instituto de Seguros Sociales*.

Fonte: *Superintendencia Nacional de Salud*.

Os dados da tabela correspondem aos dados das entidades que apresentaram informes sobre seus balanços financeiros à *Superintendencia Nacional de Salud* entre o ano 2000 e o ano 2012. Quando nos referimos a “os informes financeiros apresentados à *Superintendencia Nacional de Salud*, estamos referido o seguinte grupo de fontes, sobre a que está baseada quase toda a análise de dados a continuação: (SUPERINTENDENCIA NACIONAL SALUD, 2000; 2001; 2002; 2003; 2004; 2005; 2006; 2007; 2008; 2009; 2010; 2010a; 2010b; 2010c; 2011; 2011a; 2011b; 2011c; 2011d; 2011e; 2011f; 2011g; 2011h; 2011i; 2011j; 2011k; 2011l; 2011m; 2011n; 2011o; 2011p; 2011q; 2011r; 2011s; 2011t; 2011u; 2011v; 2011w; 2011x; 2011y; 2011z; 2011aa; 2011ab; 2011ac; 2011ad; 2011ae; 2011af; 2011ag; 2012; 2012a; 2012b; 2012c; 2012d; 2012e; 2012f; 2012g; 2012h; 2012i; 2012; 2012; 2013; 2014)

Para os anos 1995 a 1999, foram consultadas outras fontes primárias que permitissem comprovar a existência das distintas EPS que reportaram nesse período, prévio à existência do registro de reportes de balanços financeiros, como os documentos de “*Ética y buen gobierno*” das próprias EPS, os relatórios das visitas de auditoria da *Superintendencia Nacional de Salud* realizadas às EPS do RC no ano de 2011, dentre outros documentos.

Os dados das entidades que reportaram foram complementados ou confirmados com dados de jornais, informes de outras entidades regulatórias públicas,

etc. Porém, esta metodologia não deve ser considerada exaustiva, e só pretende apresentar uma análise aprofundada sobre o conjunto de dados apresentados, ressaltando que a qualidade dos dados, ou outras limitações, podem ter impedido análises mais conclusivos sobre o processo estudado.

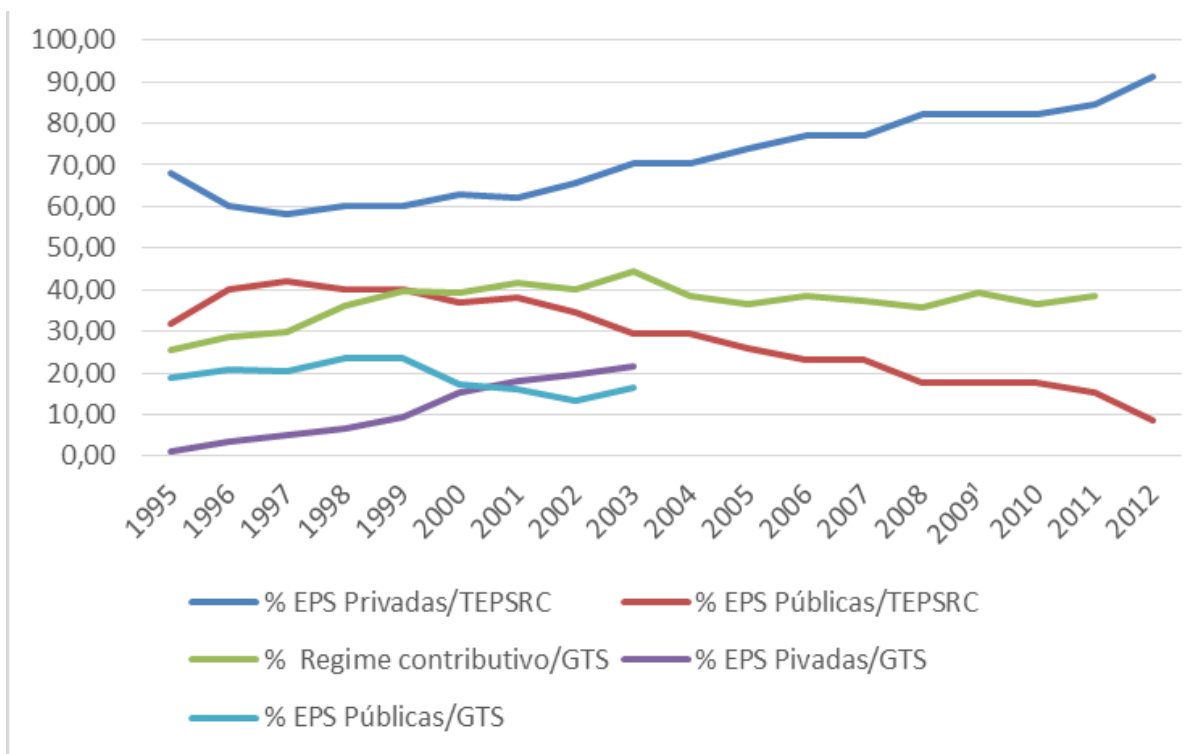
Deve ser ressaltado também, que não existe nenhuma base de dados consolidada de ator público ou privado, sobre a criação, fusão, ou liquidação do total das EPS para a série de anos estudada. Só um trabalho de consulta de outras fontes primárias de informação de órgãos públicos de regulação, permitirá complementar exaustivamente o aqui apresentado.

Outra consideração importante a realizar antes de continuar com a análise da estrutura do mercado das EPS no RC, é que ainda que a descontinuidade dos dados disponíveis das EPS do RS impediu a realização da análise da dinâmica financeira destas, serão apresentadas algumas considerações ao respeito⁵⁶.

Na Tabela 4 (acima) pode ser observado o número de EPS do regime contributivo segundo seu caráter público ou privado. Como visto, as EPS privadas são maioria durante toda a série de dados, chegando a representar uma proporção de 9 a 1, no momento de maior contraste no ano de 2012, e de 3 a 2, no momento de menor contraste entre os anos de 1996 e 1999. Interessa relacionar o número de EPS do RC com a porcentagem do GTS do mesmo, e com a porcentagem de EPS públicas e privadas. (Ver figura 18).

⁵⁶Para o RC existem registro de informes do balanço financeiro das EPS entre 2000 e 2012 de forma continua. Para o RS, para o mesmo período de tempo, só existem registros contínuos desde o ano 2007, sendo que registros de anteriores só existe o do ano 2004. Ver <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/>

Figura 18- Porcentagem EPS por caráter/Total EPS do RC (TEPSRC) e % Gasto do RC e Gasto do RC por caráter de EPS/GTS



Nota: Elaboração própria.

Fonte: *Superintendencia Nacional de Salud*; BARÓN, 2007.

Nesta figura podemos observar a dinâmica do gasto do RC como % do GTS, que se mantém na média de 37% na série completa de dados (1995-2011), e que em termos de % do PIB representa uma média de 2,8%. Como indicado, são as EPS públicas, fundamentalmente o ISS, as que representam a maioria do %GTS no RC até o ano 2000, quando as EPS privadas começam a intermediar a maioria dos recursos. O gasto do RC a sua vez representa a maioria do gasto público em saúde para a série completa de dados.

A partir do ano 2003 não existe disponibilidade de dados de gasto desagregados por caráter das EPS. Porém, se observamos a Tabela 4, podemos ver que entre 2002 e 2010 diminui o número de EPS públicas, passando de 10 a 5. Esta diminuição atendeu a processos de liquidação das EPS, Barranquilla Sana, Cajanal, Capresoca, ISS e Convida. Estas liquidações representaram uma apropriação maior dos recursos do RC por parte das EPS privadas, sempre que os segurados das EPS liquidadas foram repassados para estas. No caso do ISS, pode ser inferido (por falta de dados específicos), que sua liquidação representou uma mudança dramática do

número de segurados e da porcentagem dos recursos do RC intermediados por parte das EPS privadas. A população segurada pelo ISS passou a uma nova EPS privada denominada Nueva EPS, criada em 2008. Assim, tanto o número de afiliados, quanto a porcentagem de recurso sobre o total de recursos do RC, aumentaram de maneira importante depois de 2007 para as EPS privadas.

Outro fato a considerar no crescimento dos recursos intermediados por estas, ainda no cenário do estancamento da proporção da população segurada no RC na década de 2000, como observado na Tabela 2, é o crescimento contínuo da *prima per capita* reconhecida pelo Estado pela população segurada. A UPC foi definida ano por ano no *Consejo Nacional de Seguridad Social em Salud*, com participação de representantes de ACEMI, que junto aos representantes técnicos do governo conformam a maioria decisiva frente aos representantes de usuários e trabalhadores. (HERNÁNDEZ ET AL, 2012; MELO, RAMOS, 2010). (Ver Tabela 5).

Tabela 5- Número de segurados por regime, porcentagem de segurados por regime sobre total RC+RS, e valor médio da UPC por regime

NÚMERO DE SEGURADOS POR REGIME, PORCENTAGEM DE SEGURADOS POR REGIME SOBRE TOTAL RC+RS, E VALOR MÉDIO DA UPC POR REGIME										
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<i>REGIME CONTRIBUTIVO</i>										
Segurados	13.746.649	14.117.951	14.898.007	15.449.007	15.930.073	16.523.961	17.982.377	18.246.517	18.109.242	17.540.874
% segurados/Total RC+RS	56%	54%	55%	50%	46%	45%	45%	44%	43%	s.d.
UPC ^{1,2}	289.120,00	300.684,00	323.316,00	346.271,00	365.673,00	386.881,00	404.215,00	430.488,00	467.078,00	485.014,00
<i>REGIME SUBSIDIADO</i>										
Afiliados	10.820.344	11.866.178	12.307.872	15.333.686	18.438.013	20.125.263	21.606.812	23.601.000	23.882.314	s.d.
% Segurados/Total RC+RS	44%	46%	45%	50%	54%	55%	55%	56%	57%	s.d.
UPC ³	155.520,00	168.023,00	180.623,00	191.821,00	203.866,00	215.712,00	227.578,00	242.370,00	267.678,00	289.782,00

Nota: Elaboração própria.

¹ Em COP correntes.

² Valor médio do total das UPC da população segurada.

³ Em COP correntes.

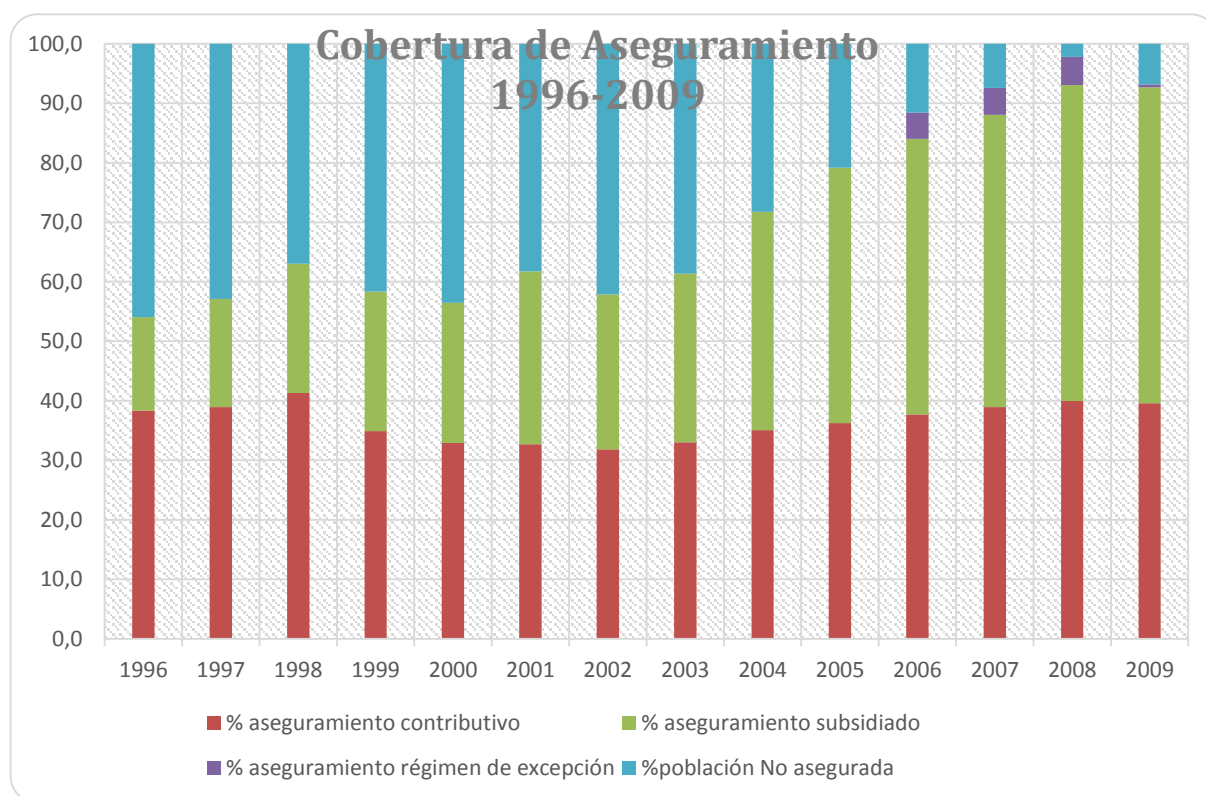
Fonte MELO & RAMOS, 2010.

O estancamento da porcentagem da população segurada pelo RC sobre o total da população segurada tem sido atribuído à estrutura do mercado laboral formal da Colômbia, do qual dependem as contribuições sociais, que não aumentou como

prognosticado pelo governo no momento da implementação da reforma sanitária, e que, pelo tanto, limitou o aumento da cobertura do RC.

O RS, pelo contrário, aumentou continuamente sua cobertura para a série completa de dados (Ver Figura 19). Cabe anotar que a população não segurada foi decrescendo paulatinamente do 45,9% no ano de 1996, a 38,7% no ano de 2003, e até chegar a ser só de 6,8% no ano de 2009. Pelo aumento do seguro da população o governo chegou a decretar a *cobertura universal*, sem entrar na discussão da qualidade dos serviços, ou dos indicadores de saúde, como discutido por Yepes ET AL (2010), ou sobre a intermediação financeira das seguradoras, do lucro, e da fragilidade estrutural deste sistema de saúde, como discute este trabalho. (MELO, RAMOS, 2010)

Figura 19- Porcentagem de seguro do total da população colombiana por regime



Fonte: Adaptado de HERNÁNDEZ ET AL, 2012.

Até aqui concentramo-nos em demonstrar os dados da privatização do sistema e, rapidamente, do limite que a estrutura laboral e o desemprego estrutural impuseram

para o próprio seguro contributivo⁵⁷. Passamos agora a analisar a dinâmica da estrutura do mercado das EPS do RC para o período estudado, tentando relacioná-lo com o processo de implementação da reforma sanitária e seus ajustes, assim como com os ciclos de crises econômicas colombiana depois da abertura.

...

Fazendo uma primeira descrição da dinâmica da estrutura do mercado das EPS do RC, devemos reiterar que o funcionamento do mercado começou em 1995, já com uma presença majoritária em número das EPS privadas sobre as públicas. Até o ano 1999 o número de EPS cresceu, tanto das privadas, quanto das públicas, ainda que já em 1997 apresentou-se a primeira liquidação de uma EPS pública, da Corporación Anónima. Na década de 2000, o número de EPS públicas diminuiu progressivamente, passando de 10 em 2000, a 5 em 2010, até diminuir a 2 em 2012. No mesmo período de tempo, as EPS privadas aumentaram, passando de 17 no ano de 2000, até chegar a um máximo de 23 no ano de 2010, e diminuindo para 21 em 2012⁵⁸.

O período entre 1993 e 1995, pode ser caracterizado como período de regulamentação da reforma, onde a disputa sociopolítica propiciou um adiamento da implementação da mesma, marcada por barreiras e resistências burocráticas, e ainda confusões e desorganização, tanto no setor privado como no aparato governamental, este último sometido a profundas re-estruturações que incluíam privatizações e descentralização, e que impactaram na criação e início do funcionamento das seguradoras.

Ainda mais, temas fundamentais como o valor da UPC, e das quotas moderadoras, continuavam sendo assuntos de discussão e regulamentação, produzindo incertezas para os novos agentes do sistema⁵⁹. Contudo, com a entrada

⁵⁷Esta é uma discussão que tem provocado amplos debates no campo da saúde na Colômbia, discutindo-se sua influência na crise financeira do sistema de saúde. Nós consideramos que, se bem a projeção de crescimento do mercado laboral formal sobre a que se formulou o modelo de seguro na Colômbia não foi cumprida, e isto trouxe menores recursos dos projetados ao sistema, a argumentação de que este é o principal problema de financiamento do modelo é falsa, e desvia a análise do papel da intermediação financeira e a apropriação privada dos recursos públicos por parte das EPS privadas.

⁵⁸Entre o ano 1999 e 2000, registrou-se a liquidação da EPS privada Bonsalud.

⁵⁹ Por exemplo, as empresas de *Medicina prepagada* (planos de saúde voluntários), inicialmente não estavam interessadas na criação de EPS, mas a regulação da Lei no 100/1993, determinou que tendo em conta o mercado de seguro obrigatório, os planos de saúde privados voluntários só

em funcionamento da maioria de EPS no RC em 1996, a reforma entrou no caminho pleno da implementação. (BARÓN, 2007; HERNÁNDEZ ET AL, 2012)

Este caminho determinou o retiro gradual do subsídio à oferta dos prestadores de serviços públicos, que significou o recorte de perto do 50% dos recursos dessas instituições, e o aumento do subsídio à demanda a través do RS. (HERNÁNDEZ ET AL, 2012)

Dentre as dificuldades que já se mostravam no início da implementação do sistema, ressaltavam os problemas de fluxos financeiros, por falta de cumprimento de uma parte do financiamento estatal comprometido, tanto do governo central, como das governos sub-nacionais, e fundamentalmente por problemas de repasso dos recursos, causado pelo entesouramento, ou até pelo desvio dos mesmos. (HERNÁNDEZ ET AL, 2012)

A incapacidade de cumprir com as responsabilidades repassadas às entidades sub-nacionais, que não se corresponderam com o aumento proporcional de recursos, e ainda menos de capacitação e acompanhamento, foram em boa medida causantes da situação, sem desconsiderar outros fatores como a utilização dos recursos da saúde para práticas clientelistas e de corrupção. Este atraso do repasso dos recursos, que também incluía o FOSYGA, afetou fundamentalmente às seguradoras públicas, e terminou produzindo uma primeira crise financeira destas instituições para finais da década de 1990. (HERNÁNDEZ ET AL, 2012)

Nos anos seguintes ao início do funcionamento das EPS, o aumento do lucro das EPS privadas dissipou toda dúvida sobre a participação neste mercado que alguma vez tiveram os agentes privados, e as expectativas pelo crescimento do lucro eram elevadas para o setor segurador-bancário, um dos principais investidores. No longo prazo, e pelo menos até final da década de 2000, os resultados financeiros das EPS superaram amplamente às expectativas que o setor privado projetou no final da década de 1990, como expressado por Salazar e Zuluaga (1998).

Para o ano de 1999 uma grande crise de solvência atingiu as EPS, fundamentalmente as públicas, comprometendo o pagamento dos contratos com as

poderiam ser contratados por pessoas seguradas nos planos obrigatório. Ver: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud78/editor78.htm>

Instituições Prestadoras de Serviços de Saúde –IPS, o que, somado à progressiva substituição do subsídio à oferta, produziu uma grande crise hospitalar pública, e a intervenção e liquidação de um contingente grande de EPS públicas, especialmente do RS. No RC esta crise trouxe a liquidação de duas EPS públicas: EPS Risaralda e Metropolitana de Salud; e da EPS privada, Bonsalud. (HERNÁNDEZ ET AL, 2012)

A crise econômica que atravessava a economia colombiana, reflexo da crise econômica mundial de finais de 1990 (das empresas.com e a crise asiática), também significou uma queda importante da receita das EPS. A queda bruta como porcentagem do GTS e do PIB pode ser vista nas figuras 14 e 16 (acima), mas de novo, esta diminuição bruta e percentual de recursos pareceu afetar mais às EPS públicas, e particularmente ao ISS. Neste período várias EPS públicas informaram déficit ou que sofreram intervenções, como foram os casos de Cajanal e Calisalud.

Hernández *et al* (2012) chamam a atenção do interesse privado de eliminar a concorrência das EPS públicas, não só durante a crise de 1997-2000, más ao longo de todo o período, e acertadamente assinala que enquanto as EPS públicas passavam por profundas crises financeiras, o debate no *Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud* era sobre a forma de investir os recursos do FOSYGA no mercado financeiro, que contava com enormes recursos que já começavam a produzir altos rendimentos.

Retomando a análise das crises econômicas na Colômbia desenvolvida no ponto 6.3. desta dissertação, parece importante salientar que a crises de 1997-2000 esteve expressada pela diminuição marcada da IED e a elevação da taxa de juros dos empréstimos, e que foi facilitada pelas políticas econômicas insuficientes das autoridades financeiras nacionais, no contexto de uma estrutura econômica fragilizada a choques internacionais (MARTÍNEZ, 2008).

Se bem que a crise de 1997-2000 atingiu todos os setores econômicos, foi o setor financeiro, representado pelos bancos comerciais e o setor de seguros, o que foi principalmente atingido pela perda de valor de mercado dos ativos; dali a importância de ver o investimento destes setores nas EPS. Cabe apresentar neste ponto os principais acionistas das EPS privadas, e seus vínculos com grupos econômicos, para desenvolver uma análise mais faccioso do impacto da crise econômica nesta. (Ver Tabela 6)

Como poder ser visto, 12 das 25 EPS privadas tem como acionistas principais companhias relacionadas com o ramo de investimento no mercado financeiro, seguros, ou seguros de saúde. Porém, e a pesar das enormes perdas destes setores com a crise, nenhuma destas EPS foi liquidada. Como não se dispõe dos balanços financeiros das EPS privadas do RC antes do ano de 2000, uma análise mais detalhada de sua gestão financeira, e do impacto da crise de 1997-2000, torna-se difícil. Também não se têm registros nesta pesquisa de intervenções dos organismos de controle neste período, o que impede, por exemplo, a análise da dinâmica da alavancagem, empréstimos e investimentos destas instituições.

Porém, pode ser assinalado, seguindo Arbelaés e Zuluaga (2001), que os piores resultados financeiros estiveram concentrados nas seguradoras pertencentes a grupos econômicos, que em geral concentravam maiores investimentos em valores de renda variável:

Sobre las empresas de seguros pertenecientes a grupos económicos se debe decir que sus pérdidas fueron mayores con la crisis del 97, y que además sus inversiones estaban concentradas sobre 90% a acciones de renta variable, mientras las aseguradoras no pertenecientes a grupos, y que por lo tanto la caída del valor de acciones en su portafolio total fue mucho mayor, pasando de más del 70% en 1995, a alrededor de 30% en 2000. (ARBELÁEZ, ZULUAGA, 2001, p. 45)

Tabela 6- Informação de acionistas e participação de Grupos Econômicos das EPS privadas do RC

INFORMAÇÃO DE ACCIONISTA E PARTICIPAÇÃO DE GRUPOS ECONÔMICOS ¹ DAS EPS PRIVADAS DO RC							
NOME EPS	Carater do capital	FORMA JURÍDICA	PERTENCE A GRUPO ECONÔMICO	NACIONALIDAD E GE	PRINCIPAL ACCIONISTA	NACIONALIDADE PRICIPAL ACCIONISTA	RAMO ECONÔMICO DO PRINCIPAL ACCIONISTA
Bonsalud	Privado	Sociedade anônima	Sim	Colômbia	Memphis Product S.A.	Colômbia	Produtos farmacêuticos
Cafesalud	Privado	Sociedade anônima	Sim	Colômbia	Saludcoop EPS	Colômbia	Seguro de saúde
Aliansalud ¹¹	Privado	Sociedade anônima	Sim	Chile	BanMédica	Chile	Seguro de saúde
Allianz ¹¹¹	Privado	Sociedade anônima	Sim	Alemanha	Allianz	Alemanha	Seguros
Colpatria	Privado	Sociedade anônima	Sim	Espanha/Colômbia	Compañía de Inversiones Colpatria S.A.	Colômbia	Mercado de valores
Comfenalco Antioquia	Privado	Caixa de compensação	Não	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Comfevalle ¹¹¹¹	Privado	Caixa de compensação	Não	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Compensar	Privado	Caixa de compensação	Não	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Coomeva	Privado	Sociedade anônima	Sim	Colômbia	Coomeva	Colômbia	Serviços financeiros
Cruz Blanca	Privado	Sociedade anônima	Sim	Colômbia	Saludcoop EPS	Colômbia	Seguro de saúde
Famisanar	Privado	Sociedade limitada	Não	n.a.	CAFAM-COLSUBSIDIO	Colômbia	Caixa de compensação
Golden Group	Privado	Sociedade anônima	Sim	Chile	Inmobiliaria Truro Ltda.	Chile	Imobiliária
Humana Vivir	Privado	Sociedade anônima	Não	n.a.	Previmedica S.A.	Colômbia	Prestação de serviços de saúde
Multimédicas	Privado	Sociedade anônima	Não	Colômbia	Multipro S.A.	Colômbia	Invercionista mercado de valores
Nueva EPS	Privado	Sociedade anônima	Não	n.a.	Positiva seguros S.A.	Colômbia	Seguros
Red Salud	Privado	Sociedade anônima	Não	n.a.	Red Salud Promoción y Prevención IPS S.A.	Colômbia	Prestação de serviços de saúde
Saludcolombia	Privado	Sociedade anônima	Sim	Ecuador/Colômbia	Colvida S.A./ Bolivar S.A.	Ecuador/Colômbia	Seguros
Saludtotal	Privado	Sociedade anônima	Não	n.a.	Centro Policlinico Del Olaya C.P.O. S.A.	Colômbia	Prestação de serviços de saúde
Saludvida	Privado	Sociedade anônima	Não	n.a.	Fundación Médico Preventiva	Colômbia	Prestação de serviços de saúde
Saludcoop	Privado	Organismo cooperativo	Sim	Colômbia	Seguros la Euquidad OC	Colômbia	Seguros
Sanitas	Privado	Sociedade anônima	Sim	Espanha/Colômbia	Compañía de Medicina PrepagadaColsanitas S.A.	Espanha/Colômbia	Seguro de saúde
S.O.S.	Privado	Sociedade anônima	Não	n.a.	Confandi Valle	Colômbia	Caixa de compensação
Solsalud	Privado	Sociedade anônima	Não	n.a.	Finsema	Colômbia	Prestação de serviços de saúde
Sura ¹¹¹¹¹	Privado	Sociedade anônima	Sim	Colômbia	Suramericana	Colômbia	Seguros
Unimec	Privado	Sociedade anônima	Não	n.a.	Femec	Colômbia	Cooperativa de médicos

Nota: Elaboração própria..

¹ "O grupo econômico é definido como o conjunto de empresas que, ainda quando juridicamente independentes entre si, estão interligadas, seja por relações contratuais, seja pelo capital, e cuja propriedade (de ativos específicos e, principalmente, do capital) pertence a indivíduos ou instituições, que exercem o controle efetivo sobre este conjunto de empresas." GONÇALVES, 1991.

¹¹ Denominada Colmena até o ano 2003, e Colmédicas até o ano 2009.

¹¹¹ Denominada Colseguros até o ano 2012.

¹¹¹¹ Denominada Comfenalco Valle até o ano 2003.

¹¹¹¹¹ Denominada Susalud até o ano 2009

Fonte: *Superintendencia Nacional de Salud* e outros

Segundo estes analistas (ARBELÁEZ, ZULUAGA, 2001), este resultado se explica porque as perdas gerais do grupo recaíram sobre todas as empresas do mesmo. Fazendo uma extensão desta análise, poderíamos inferir que as EPS pertencentes a grupos econômicos apresentaram piores resultados financeiros durante a crise. Se também considerarmos a afirmação de Morris (2009), de que durante as crises as perdas recaem especialmente sobre as instituições financeiras mais fracas, as periféricas, com pouco poder de negociação e representação no mercado financeiro, podemos inferir que este mecanismo de transmissão de perdas, também jogou um papel importante nos resultados negativos das EPS privadas pertencentes aos GE. Contudo, esta situação não as levou à falência, o que também significa um grau de proteção do investimento por parte dos acionistas, provavelmente pelas projeções de lucro do setor.

Porém foi comprovado que as EPS vinculadas a GE estiveram mais propensas a ser vendidas quando as matrizes do GE entraram em crise ou foram liquidadas, em geral sendo vendidas a outros GE internacionais ou nacionais.

Esse foi o caso da EPS Aliansalud, que no ano de 2000 viu como a empresa matriz do GE ao que pertencia, comprou a totalidade das suas ações da companhia colombiana Colmena. Para o caso da EPS Colseguros, em 1999 o grupo Allianz, a maior seguradora de Europa, comprou o 60% das ações do grupo econômico nacional ao qual pertencia, e no ano de 2000 comprou a totalidade destas. O caso da EPS Cruz Blanca é particularmente representativo. Esta EPS foi criada por capital da seguradora de saúde chilena (ISAPRE) Cruz Blanca em 1995, e para o ano 1998 a EPS foi vendida para o GE AETNA, que depois de ser liquidado no meio de um escândalo financeiro global, vendeu, em 2001, suas ações para um GE colombiano do ramo dos seguros de saúde, Saludcoop. No ano seguinte Saludcoop comprou mais uma EPS; Cafesalud. Também é representativo que a única EPS liquidada durante esta crise, Bonsalud, era pertencente a GE nacional.

Enquanto à determinação dos empréstimos e da IED no mercado das EPS, pode se arriscar a hipótese de que os GE internacionais (cujo investimento nas EPS deve ser considerada como IED), e ainda os GE nacionais, sendo parte do mercado financeiro internacional, são usuários importantes do crédito internacional com o qual desenvolvem sua atividade financeira. Assim, tanto a diminuição da IED em Colômbia

durante a crise, como a diminuição de empréstimos para o investimento dos GE, poderiam ter afetado o mercado das EPS, impedindo ou diminuindo o investimento dos GE nestas. Porém, e como visto, esse não foi o caso, sugerindo que a afetação destas duas variáveis sobre o mercado de seguro em saúde no período 1997-2001, foi fundamentalmente indireta.

É fundamental assinalar que os movimentos de portfólio entre GE, de compra e venda de EPS, significaram em todos os casos períodos de adaptação, mudanças legais, e em geral trâmites e incerteza para os usuários, que redundaram em demoras na atenção, sofrimento e morte. Esta afirmação pode ser estendida também para todas as EPS que passaram por alguma atuação administrativa, intervenção, vigilância especial, sanção, ou liquidação por parte da *Superintendencia Nacional de Salud*, por conta da sua instabilidade financeira.

O corolário da crise de 1997-2000, foi a privatização, por meio da venda de ativos públicos em diferentes setores da economia pública. Para o setor saúde a crise trouxe a debacle pública hospitalar, abrindo a oportunidade, bem aproveitada, de compra destes ativos por parte das EPS e o capital privado. (KALMANOVITZ, 2010; MISAS, 2002).

O Governo tentou a superação da crise através de mais investimento público sustentado na venda de títulos de dívida no mercado nacional, que cresceram numa proporção de 54.1% entre junho de 1999 e junho de 2000, e que também ajudaram a aumentar os recursos no setor saúde. O endividamento interno passou a representar mais do 60% da dívida pública total para o ano 2006 (KALMANOVITZ, 2010).

Segundo Arbelaés e Zuluaga (2001), vale a pena salientar que o contexto de crise provocou mudanças na regulação do setor segurador geral, que incluiu uma regulação mais rígida sobre o regime de investimentos, e que tendia a estes concentraram sua carteira em títulos de dívida pública. Como hipótese, poderia ser enunciado que a mesma tendência de controles de investimento mais rígidas aplicou para as EPS, que fazia com que estas concentrassem sua carteira em títulos de dívida pública, ao estarem estas intimamente relacionadas com o setor financeiro e segurador (ARBELAÉS E ZULUAGA, 2001). Porém, está afirmação não é conclusiva dada a falta de dados que comprovem o investimento das EPS em títulos de dívida pública na década de 1990. De fato só os informes financeiros das EPS depois do ano

2010, e até agora [2015], apresentam ao suficiente detalhe na informação para poder seguir os investimentos nesses títulos. Ainda que os informes comprovam o investimento em títulos de dívida pública entre 2011 e 2014, não entraremos na análise nem de sua dinâmica, nem de sua magnitude por estar fora do período de análise desta pesquisa. (SUPERTINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, 2011m; 2012i; 2013; 2014)

A mesma situação se apresentou com os investimentos em ativos securitizados. Os informes financeiros entre 2011 e 2014 comprovam o investimento em ativos securitizados, mas pelo período de estudo desta dissertação nem sua dinâmica, nem sua magnitude foram analisadas profundamente. (SUPERTINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, 2011m; 2012i; 2013; 2014)

Este aumento do controle e regulação sobre as EPS, pode ser observado facilmente na quantidade de material disponível referente à gestão financeira das EPS posterior ao ano 2010, respeito do material disponível entre 2000 e 2009. Como dito, não se contam com dados do período 1995-1999. Como veremos, esta mudança nos informes atende ao duplo movimento do aumento da mobilização social, e da crise financeira produzida pela posição dominante das EPS no mercado de seguro, que obrigou um maior controle estatal. (SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, 2000; 2001; 2002; 2003; 2004; 2005; 2006; 2007; 2008; 2009; 2010; 2011m; 2012i; 2013; 2014)

Cabe lembrar que a reprodução ampliada do capital financeiro a través da dívida pública consolidou-se mundialmente como um dos principais mecanismos da expansão financeira, e que em todo caso, e seguindo a análise de Giraldo (2007), a expansão do mercado dos títulos de dívida pública significa um aumento das garantias e condições de liquidez e negociabilidade para os credores, ao tempo que torna mais dependente ao Estado e a sociedade dos atores financeiros.

Nessa dinâmica de finais da década de 1990, alguns aspectos já chamavam a atenção dos críticos do sistema, como a deterioração dos indicadores de vacinação, a re-emergência de doenças transmissíveis já controladas, o aumento da incidência de doenças tropicais e infecciosas em geral, dentre outros. (HERNÁNDEZ ET AL, 2012)

O processo de aumento das ações de amparo ao direito à saúde, a “judicialização da saúde”, já começava a ser expressivo do mal-estar social frente ao sistema de saúde, e sua ineficácia para resolver os problemas propriamente sanitários. A realização do I *Congreso do Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social* em 2001, como culminação de um período de intensa mobilização social em resposta à crise hospitalar pública, era outro dos signos importantes dessa insatisfação popular e da resistência ao reinado do lucro na saúde. Apesar disso, o governo e o setor privado continuaram aprofundando o modelo, apoiados pelos organismos financeiros multilaterais, através de empréstimos, como do BID em 1995 para o *Programa de Apoyo a la Reforma* (PARS) que funcionou até o ano 2008⁶⁰, ou de qualificações positivas do sistema, como da OMS em 2000. (HERNÁNDEZ ET AL, 2012; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2000)

Os esforços governamentais, em resposta a crise e as críticas, concentraram-se em resolver os assuntos financeiros do sistema, que motivaram a aprovação da Lei no. 715 de 2001, que aprofundou a descentralização em saúde, redefinindo competências e recursos, em particular os recursos do RS.

Se puede decir que la Ley 715 no afrontó los problemas del ISS, de los hospitales públicos, la ineficiencia en la intermediación de las EPS, la atención a la población que seguía fuera del sistema, el aumento de las tutelas por negación de procedimientos aun los incluidos en el POS y la problemática de la calidad de los servicios.

Pese a estas expresiones sociales, el modelo seguía su curso, ajustando prioritariamente sus asuntos financieros pero también, modificando la organización institucional para facilitar su funcionamiento a tono con los nuevos discursos del Banco Mundial. La ley 715 supuso entonces el punto de llegada de los diversos intentos, la mayoría fallidos, por corregir los problemas del gasto en salud, restringir las transferencias, completar la transformación de los subsidios e implementar las medidas de la banca multilateral. (HERNÁNDEZ ET AL, 2012, p. 213)

Neste contexto iniciou em 2002 o longo governo do polêmico Álvaro Uribe Vélez (2002-2010), defensor férreo do modelo do *Pluralismo Estructurado*, e que desde o começo respaldou sua radicalização. Assim, recolocou o próprio autor intelectual, Juan Luis Londoño, como Ministro de Saúde, que nesse momento declarava considerar que o problema do sistema estava na existência das seguradoras públicas,

⁶⁰ Ver <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Programa%20PARS.aspx>

que tinham demonstrado sua ineficiência (!), e que por isto era necessário um processo de integração fusão e liquidação delas. (HERNÁNDEZ ET AL, 2012).

De fato aconteceu assim, na década de 2000 foram liquidadas o 50% das EPS públicas do RC, passando de ser 10 no ano de 2000, a 5 no ano de 2010, e reduzindo-se só a 2 no ano de 2012, sobre as que também continuou pesando, até hoje [2015], o fantasma da liquidação.

As EPS liquidadas foram: Cajanal (2005); Calisalud (2010); Caprecom (2005); Capresoca (2002); Convida (2002); EPS Caldas (2001); ISS (2007); Salud Condor (2012); e Selvasalud (2012) (Ver Tabela 7). As duas únicas EPS públicas que continuaram funcionando para o ano 2012, foram Empresas Pública de Medellín, e o Fondo de Pasivo social de Ferrocarriles Nacionales, que respeito da porcentagem de segurados frente ao total do RC, e de recursos intermediados, eram quase que insignificante.

Tabela 7- Medidas administrativas ou financeiras dos organismos de controle contra as EPS do RC

MEDIDAS ADMINISTRATIVAS OU FINANCEIRAS DOS ORGANISMOS DE CONTROLE CONTRA AS EPS DO RC							
NOME EPS	CARÁTER	INTERVENÇÃO OU VIGILÂNCIA ESPECIAL	ANO DA INTERVENÇÃO OU VIGILÂNCIA ESPECIAL	SANÇÕES ADMINISTRATIVAS	ANO SANÇÕES ADMINISTRATIVAS	LIQUIDAÇÃO/ ou trâmite de liquidação	ANO DA LIQUIDAÇÃO/ ou trâmite de liquidação
EPS PRIVADAS DO RC							
Bonsalud	Privado	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	Sim	1999
Cafesalud	Privado	Sim	2012/2013	Sim	2011/2012	Não	n.a.
Aliansalud ¹	Privado	Não	n.a.	Sim	2011	Não	n.a.
Allianz ¹¹	Privado	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.
Colpatria	Privado	Sim	s.d.	Não	n.a.	Não	n.a.
Comfenalco Antioquia	Privado	Sim	2012	Sim	2011	Sim	2014
Comfevalle ¹¹¹	Privado	Sim	2012	Sim	2011	Não	n.a.
Compensar	Privado	Sim	2012	Sim	2011	Não	n.a.
Coomeva	Privado	Sim	2012	Sim	2014	Não	n.a.
Cruz Blanca	Privado	Sim	2012	Sim	2011	Não	n.a.
Famisanar	Privado	Sim	2012	Sim	2011	Não	n.a.
Golden Group	Privado	Sim	2012	Sim	2012	Sim	2015
Humana Vivir	Privado	Sim	2009/2012	Sim	2011	Sim	2010-2015
Multimédicas	Privado	Não	n.a.	Não	n.a.	Sim	2013
Nueva EPS	Privado	Não	n.a.	Sim	2014	Não	n.a.
Red Salud	Privado	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	Sim	2010-2012
Saludcolombiana	Privado	Sim	2011	Não	n.a.	Sim	2011-2013
Saludtotal	Privado	Não	n.a.	Sim	2011/2014	Não	n.a.
Saludvida	Privado	Sim	2012	Sim	2014	Não	n.a.
Saludcoop	Privado	Sim	2011	Sim	2011/2014	Não	n.a.
Sanitas	Privado	Não	n.a.	Sim	2011	Não	n.a.
S.O.S.	Privado	Sim	2012	Sim	2011/2012	Não	n.a.
Solsalud	Privado	Sim	2012	Sim	2012	Sim	2014
Sura ¹¹¹¹	Privado	Sim	2012	Sim	2011	Não	n.a.
Unimec	Privado	Sim	2001	Sim	2001	Sim	2001
EPS PÚBLICAS DO RC							
Barranquilla Sana	Público	Sim	1999	s.d.	s.d.	Sim	1999
Cajanal	Público	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	Sim	2004
Calisalud	Público	Sim	2010	s.d.	s.d.	Sim	2010
Caprecom	Público	Sim	2001	Sim	2001	Sim	2005
Capresoca	Público	Não	n.a.	Não	n.a.	Sim	2002
Convida	Público	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	Sim	2002
Corporanonimos	Público	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	Sim	1997
Empresas Públicas de Medellín	Público	Não	n.a.	Não	n.a.	Não	n.a.
EPS Caldas	Público	Sim	2001	s.d.	s.d.	Sim	2002
EPS Risaralda	Público	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	Sim	1999
Fondo del Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales Colombianas	Público	Não	n.a.	Não	n.a.	Não	n.a.
Instituto de Seguros Sociales	Público	Não	n.a.	Não	n.a.	Sim	2008
Metropolitana de Salud	Público	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	Sim	1999
Selva Salud	Público	Sim	2008/2011	Sim	2008/2011	Sim	2012
Salud Condor	Público	s.d.	s.d.	Sim	2003	Sim	2012

Nota: Elaboração própria.

¹ Denominada Colmena até o ano 2003, e Colmédicas até o ano 2009.¹¹ Denominada Colseguros até o ano 2012.¹¹¹ Denominada Comfenalco Valle até o ano 2003.¹¹¹¹ Denominada Susalud até o ano 2009.

Fontes: Superintendencia Nacional de Salud e outros.

No marco da exacerbação da guerra civil entre o Estado-paramilitares e as insurgências, da deterioração geral das condições de vida e trabalho da população, do aumento da mobilização social, e da radicalização geral do modelo econômico neoliberal, o modelo de seguro privado em saúde continuo sua marcha.

Se bem durante a década de 2000 o fenômeno de flexibilização trabalhista, e do aumento da informalidade geraram o estancamento da afiliação no RC, as EPS privadas desenvolveram outros mecanismos para catar maiores recursos, e aumentar o lucro. Assim, as descritas estratégias de negação de serviços; o *recobro* por serviços fora do POS não prestados, ou por serviços incluídos no POS; a utilização do mecanismo judicial da ação de amparo para fazer com que o Estado assumisse parte dos gastos com serviços que deveriam ser cobertos pelas seguradoras, dentre outros, foram mecanismos que modularam o sistema, e deterioraram ainda mais as condições de acesso a saúde da população (ABADÍA, OVIEDO, 2010; DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2010).

No RS, por sua vez, as EPS privados aumentaram sua presença, aumentando a porcentagem de segurados e de recursos intermediados, que cresceu continuamente nos anos 2000 (HERNÁNDEZ ET AL, 2012).

Já para começos do ano 2000 o lucro do mercado de seguros de saúde colocou algumas das EPS do RC, Saludcoop, Susalud e Colmena entre as empresas mais lucrativas da Colômbia; todo fruto da intermediação.

Mientras entre 1993 y el 2003 los recursos en términos reales (sin inflación) se multiplicaron por 1.5, los gastos específicos en salud solo lo hicieron en 1.1; los gastos de administración se multiplicaron por 4, las “otras inversiones”, se multiplicaron en 100 veces y las utilidades, rendimientos, excedentes, provisiones o “demás usos” se multiplicaron por 4,5 veces [...] Los balances, que en todo caso intentaban mostrar como virtudes de la Ley 100 la generación de nuevos recursos y el incremento de la afiliación a los más pobres, develaban en el fondo cómo la incorporación de la salud y la seguridad social a la lógica de la financiarización terminaba generando ganancias importantes para el sector privado y financiero, así como nuevas inversiones en un fluido y siempre accesible mercado de capitales. [...] Por cuenta de la intermediación, el 30% anual de los recursos disponibles se quedaba en manos de las EPS. Además, de los “nuevos recursos” generados por la reforma los intermediarios capturaban el 72% o simplemente los habían convertido en “costos de transacción”. (HERNÁNDEZ ET AL, 2012, p. 220)

Para esse momento já começava a ser clara uma tendência no mercado do seguro do RC que se consolidaria durante toda a década de 2000; a oligopolização (Ver Tabela 8 e 9, e Figura 20).

Podemos observar uma tendência marcada de concentração dos recursos intermediados por um grupo de EPS, que assumem uma posição oligopólica dentro do mercado de seguros de saúde do RC. Esta tendência pode ser claramente observada analisando a posição no mercado das maiores 5 EPS segundo receita, que entre os anos 2000 e 2007 são, em ordem de maior a menor, Saludcoop, Coomeva, Famisanar, Salud Total e Cafesalud. A partir de 2008, Cafesalud foi substituída com a criação da Nueva EPS.

Na Figura 20 podemos observar como as 5 maiores EPS privadas do RC concentram uma média histórica para a série de dados de 57,4% do total das receitas das EPS do RC. Cabe assinalar que a maior EPS, Saludcoop, não apresentou informes entre os anos 2003 e 2005, sendo que essa porcentagem poderia ser ainda maior. Se consideramos somente as duas maiores EPS, podemos observar que a média de receitas intermediadas sobre a receita total das EPS do RC para os anos reportados, foi de 22,10% para Saludcoop, e de 13,73% para Coomeva; somadas, a média é de 35,82%.

Esta tendência se manteve estável durante toda a década de 2000, mostrando um declínio entre nos anos 2003 a 2005, produto do não reporte de informes de algumas EPS, e mostrando um aumento da concentração desde o ano 2007 até o ano 2012, compatível com a liquidação de EPS públicas. A média de concentração das receitas das 5 maiores EPS privadas entre os anos 2007 e 2012 é de 65,12%, e das duas maiores, Saludcoop e Nueva EPS, para os anos 2008-2012, é de 36,96%.

Tabela 8– Receita por EPS do RC como porcentagem da receita total do RC

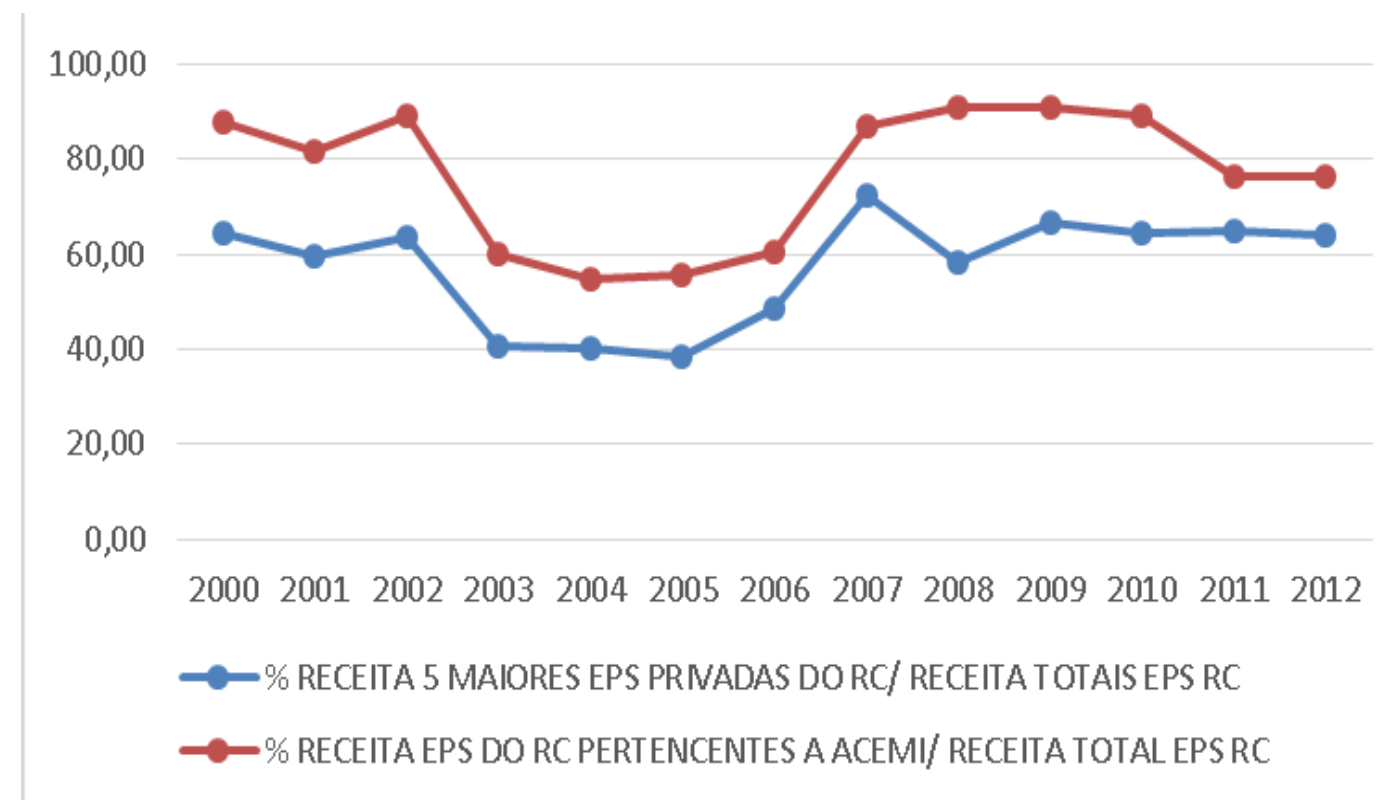
RECEITA DAS MAIORES CINCO EPS DO RC E POR EPS PERTENCENTES A ACEMI RESPEITO DA RECEITA TOTAL DO RC ¹													
/ANO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
% RECEITA 5 MAIORES EPS PRIVADAS DO RC/ INGRESSOS TOTAIS RC	64,49	59,66	63,58	40,68	40,27	38,40	48,41	72,59	58,15	66,63	64,57	64,79	64,01
% RECEITA EPS DO RC PERTENCENTES A ACEMI / RECEITA TOTAIS RC	87,90	81,81	89,26	59,87	54,76	55,82	60,72	86,88	91,00	90,89	88,93	76,38	76,51
NÚMERO DE EPS DE ACEMI QUE REPORTARAM INFORMES FINANCEIROS	11	11	11	10	9	11	8	7	12	10	11	11	11

Nota: Elaboração própria.

¹ Alguns dados de receitas foram reportados como negativos, estes não foram considerados e foram substituídos por "s.d.". Em total foram 10 dados para toda a tabela.

Fonte: Informes balanços financeiros EPS do RC da *Superintendencia Nacional de Salud*.

Figura 20- Receita das maiores cinco EPS do RC e por EPS pertencentes a ACEMI respeito da receita totais das EPS do RC



Nota: Elaboração própria.

Fonte: Informes balanços financeiros EPS do RC da *Superintendencia Nacional de Salud*.

Tabela 9 - Receita das maiores cinco EPS do RC e por EPS pertencentes a ACEMI respeito da receita total das EPS do RC

RECEITA POR EPS DO RC COMO PORCENTAGEM DA RECEITA TOTAL DO RC¹													
EPS/ANO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
RECEITA TOTAL EPS RC (miles de COP)	2.011.861.654	2.830.566.239	3.104.373.416	4.228.456.014	5.005.965.773	8.403.921.408	6.002.336.739	4.492.541.362	9.245.615.234	10.531.048.105	11.661.549.855	14.425.706.611	15.597.198.753
RECEITA POR EPS PRIVADAS DO RC													
Allianz	2,43	1,79	1,22	0,73	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.
Alliansalud	3,15	2,45	2,82	2,58	2,77	1,94	2,99	s.d.	2,58	s.d.	2,58	2,07	1,99
Cafesalud	7,12	8,05	9,64	8,00	7,61	4,78	7,80	8,22	4,56	4,78	4,59	3,66	3,61
Compensar	5,71	5,34	5,62	4,57	4,67	3,26	5,24	8,17	4,59	4,74	5,03	4,63	4,84
Coomeva	13,41	13,19	14,79	13,07	13,90	11,00	s.d.	s.d.	16,53	s.d.	s.d.	13,40	14,24
Colpatria	0,86	0,70	0,66	0,55	0,59	0,39	s.d.	s.d.	1,48	1,49	0,57	0,38	0,39
Cruz Blanca	4,76	4,41	s.d.	3,94	3,85	2,54	4,09	6,12	3,52	3,27	3,14	2,64	2,49
Comfenalco Antioquia	s.d.	2,91	s.d.	s.d.	2,72	s.d.	4,15	s.d.	1,90	2,11	2,02	1,74	1,79
Comfevalle	1,95	1,69	s.d.	1,49	0,58	1,16	s.d.	s.d.	1,63	1,65	1,62	1,44	1,41
Famisanar	7,31	5,90	6,22	5,43	5,41	3,98	6,90	11,15	6,69	7,32	6,94	6,04	6,06
Golden Group	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	0,00	0,05	0,11	0,20	0,21
Humana Vivir	3,09	4,51	s.d.	s.d.	5,04	3,11	4,48	3,45	1,67	1,56	1,12	0,78	0,50
Multimedicas Salud con Calidad	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	0,00	0,02	0,06	s.d.	s.d.
Nueva E.P.S	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	6,58	22,24	21,37	20,25	18,58
Red Salud Atención Humana	s.d.	s.d.	0,00	s.d.	0,19	0,17	1,17	0,61	0,32	0,35	0,33	n.a.	n.a.
Salud Colombia	s.d.	s.d.	0,00	s.d.	0,23	0,24	0,32	0,44	0,29	0,24	s.d.	0,05	n.a.
Saludcoop	28,02	24,89	25,11	s.d.	s.d.	13,73	21,67	33,83	19,50	20,90	20,44	17,23	17,73
Salud Total	1,93	1,95	7,82	7,35	8,32	3,18	5,23	8,27	8,86	9,19	8,29	6,85	6,94
Salud Vida	s.d.	0,15	1,44	2,55	2,45	1,47	2,81	3,75	0,42	0,43	0,34	0,36	0,24
Sanitas	4,28	4,69	5,43	4,95	4,84	4,23	6,80	11,12	6,57	6,98	7,53	6,19	6,53
Solsalud	s.d.	2,72	4,86	4,14	4,28	3,21	s.d.	2,71	1,28	1,21	1,06	0,87	0,67
SOS	3,59	3,31	3,53	3,15	3,39	2,52	s.d.	s.d.	4,05	4,16	4,26	3,58	3,59
Sura	8,64	7,62	8,28	6,83	s.d.	4,66	s.d.	s.d.	6,98	7,31	7,90	7,06	7,64
RECEITA POR EPS PÚBLICAS DO RC													
Calisalud	0,63	0,51	s.d.	s.d.	0,68	0,54	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	n.a.	n.a.
Caprecom	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	9,83	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.
Capresoca	0,23	0,37	0,63	0,60	0,59	0,40	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Condor	0,52	0,52	0,86	0,81	0,87	0,69	s.d.	2,15	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.
Convida	2,40	1,55	s.d.	s.d.	s.d.	0,82	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Empresas Públicas de Medellín	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	0,16	0,15	0,12
Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	0,63	s.d.	s.d.	s.d.	0,54	0,43	0,42
Seguro Social	s.d.	s.d.	s.d.	28,09	25,90	21,34	25,71	s.d.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Selvasalud	s.d.	0,78	1,06	1,17	1,14	0,81	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Nota: Elaboração própria.

Fonte: Informes balanços financeiros EPS do RC da *Superintendencia Nacional de Salud*.

Cabe assinalar que o principal item que compõe as receitas das EPS segundo os informes é a UPC, e com isto podemos reafirmar que a concentração de mercado nas maiores EPS deu-se em termos de recursos intermediados e pessoas seguradas.

Cabe ainda analisar o caso das EPS pertencentes a ACEMI. ACEMI, como indicado, é a organização *gremial* das seguradoras privadas do RC e do RS, assim como das companhias de *Medicina prepagada* de planos voluntários. ACEMI tem jogado um papel muito ativo de defesa do modelo do pluralismo estruturado nas conjunturas de disputa por reformas do mesmo, e pode ser afirmado que tem conseguido defender seus interesses na maioria das situações. As EPS pertencentes a ACEMI são: Aliansalud; Cafesalud; Compensar; Coomeva; Cruz Blanca; Famisanar; Nueva EPS (a partir de 2008); Saludcoop (até 2011); Salud Total; Sanitas; SOS e Sura. Saludcoop foi expulsa da associação no ano de 2011 a raiz das sanções disciplinares dos organismos de controle, porém, as duas EPS pertencentes a seu grupo, Cafesalud e Cruz Blanca, continuaram sendo parte de ACEMI.

Cabe assinalar que as 5 maiores EPS são todas parte de ACEMI, a associação de seguros e prestadores privados de saúde. Destas 5 maiores EPS, três, ou seja o 60%, forma parte dum GE. Das 12 EPS que pertencem a ACEMI (contando com Saludcoop, que foi expulsa no 2008), sete, ou seja o 58%, pertencem a um GE. Assim, pode ser afirmado, que ACEMI representa em parte os interesses dos GE no mercado dos seguros de saúde.

Dentre os principais acionistas das 12 EPS de ACEMI, seis, ou seja o 50%, são do ramo de seguros de saúde, seguidos dos investidores do ramo dos seguros gerais e de serviços financeiros, de três, ou seja o 25%, e de investidores do ramo das *Cajas de Compensación Familiar*, dos, ou seja o 17,6%, e finalmente de um único investidor do ramo dos serviços de saúde. Essas proporções ajudam a compreender os interesses e valores que defende dita agremiação.

Voltando aos dados sobre concentração do mercado, as EPS de ACEMI concentram uma média histórica das receitas do total das EPS do RC de 77% para toda a série de dados. A concentração é maior para os anos em que Saludcoop reportou informes, entre 2000 e 2002, que chega a uma média de 86,3%, e entre 2006 e 2010 que chega a ser de 89,42%. Com ditas cifras parece concluinte a estrutura oligopólica do mercado de seguros de saúde do RC na Colômbia, que contradiz na

prática o espírito de livre concorrência neoliberal da reforma sanitária, e a bandeira da busca de equidade financeira em saúde. Esta concentração de mercado tendeu a dificultar a concorrência evitando o ingresso de novos competidores, e facilitando o comportamento de *Cartel* das EPS associadas. (LENIN, 1975)

De fato este comportamento já foi registrado, e sancionado pela *Superintendencia Nacional de Salud* em 2011, ao ter comprovado a pactuação de preços e o número reportados por serviços prestados, para obter maiores recursos por parte do fundo público. O diagnóstico nessa ocasião assinalava que a falta de regulação sobre os procedimentos financeiros das EPS facilitava dito comportamento ilegal⁶¹. Uma reportagem especial de Juanita León (2011) para o jornal *La Silla Vacía* em 2011 assinala,

Durante más de tres años, la Delegatura para la Protección de la Competencia recogió decenas de testimonios, analizó correos cruzados entre las EPS y Acemi, actas internas del gremio, estadísticas del sector y realizó visitas a las EPS. Y la conclusión de esta detallada investigación a cargo del superintendente delegado Pablo Márquez es que las EPS afiliadas a Acemi realizaron acuerdos para negar de manera concertada y deliberada servicios de salud a las que estaban obligadas; intercambiaron información con sus competidores con el fin de fijar de manera indirecta el precio del servicio de aseguramiento en salud o UPC; y siguieron instrucciones de Acemi para falsear la información suministrada al Ministerio.

Estos acuerdos, según el Superintendente Delegado, violan las normas de competencia que protegen el libre mercado y que buscan que las EPS compitan entre sí para ofrecerle a sus afiliados [...] (LEON, 2011, 06/02/2015)

Continuando com a análises, observemos a dinâmica dos ativos das EPS do RC. (Ver Tabela 10 e Figura 21)

⁶¹Ver <http://lasillavacia.com/historia/el-consenso-de-acemi-el-acuerdo-de-las-eps-para-negar-servicios-de-salud-23528>

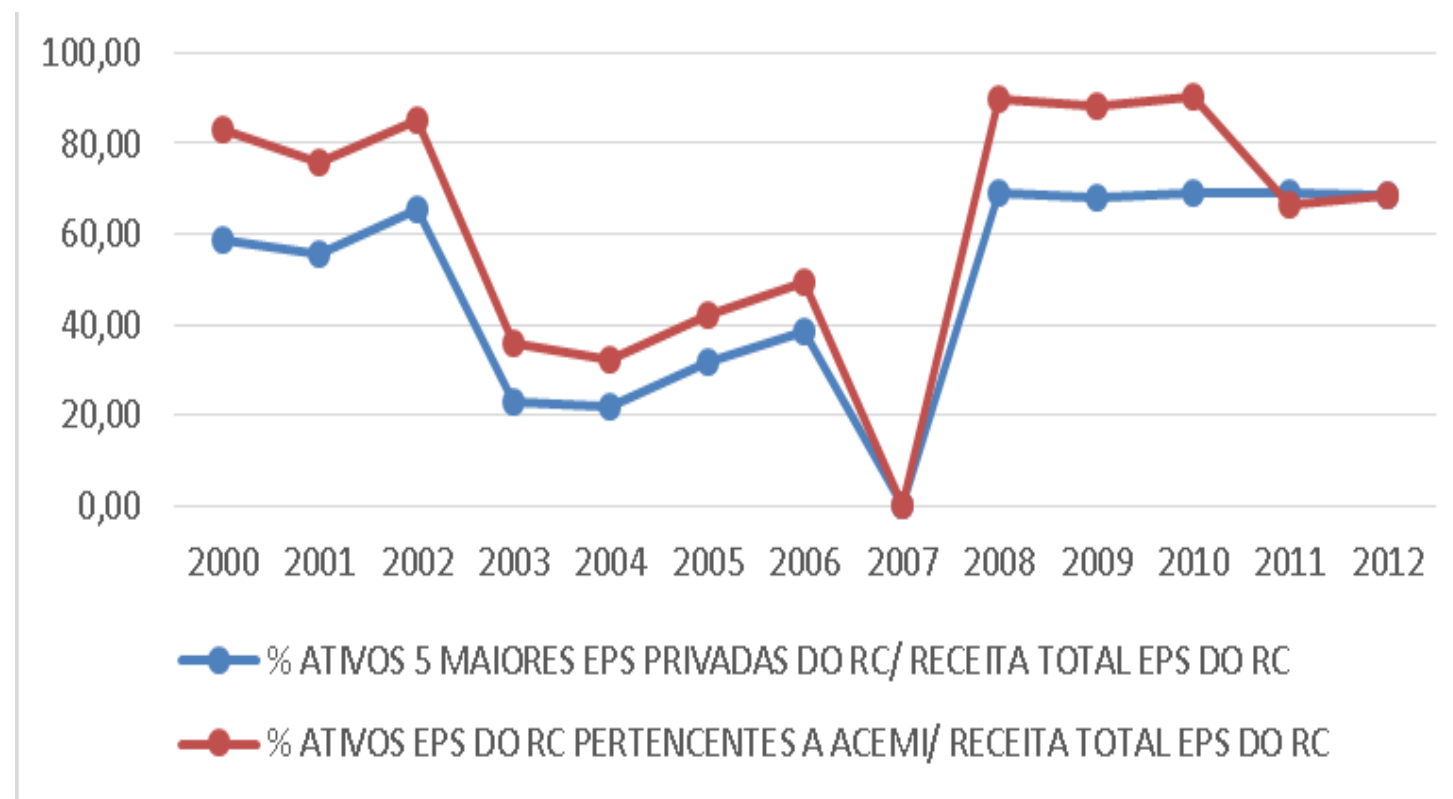
Tabela 10- Ativos por maiores cinco EPS do RC e por EPS pertencentes a ACEMI respeito da receita total do RC

ATIVOS POR MAIORES CINCO EPS DO RC E POR EPS PERTENCENTES A ACEMI RESPEITO DA RECEITA TOTAL DO RC													
/ANO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
% ATIVOS 5 MAIORES EPS PRIVADAS DO RC/ RECEITA TOTAL EPS DO RC	58,86	55,52	65,61	22,96	22,23	31,68	38,63	s.d.	69,07	68,01	69,02	68,88	68,82
% ATIVOS EPS DO RC PERTENCENTES A ACEMI/ RECEITA TOTAL EPS DO RC	83,34	75,77	84,92	35,82	32,26	42,18	49,43	s.d.	89,96	88,37	90,42	66,42	68,59
NÚMERO DE EPS DE ACEMI QUE REPORTARAM INFORMES FINANCEIROS	11	11	10	10	10	11	10	0	12	12	12	11	11

Elaboração própria.

Fonte: Informes balanços financeiros EPS do RC da *Superintendencia Nacional de Salud*.

Figura 21- Ativos por maiores cinco EPS do RC e por EPS pertencentes a ACEMI respeito da receita total do RC



Nota: Elaboração própria.

Fonte: Informes balanços financeiros EPS do RC da *Superintendencia Nacional de Salud*.

Com as cifras dos Ativos das EPS do RC a estrutura do oligopólio se confirma, e ainda permite observar uma tendência histórica mais clara do mesmo, sempre que entre os ativos se contam ativos fixos que as EPS vão adquirindo com o tempo, como imóveis, equipamentos médicos, dentre outros⁶².

Em geral, as maiores 5 EPS segundo ativos (adaptada por número de anos reportados), são quase as mesmas das maiores por receitas. Na sua ordem de maior a menor, Saludcoop, Coomeva, Salud Total, Sanitas, e Cafesalud, sendo que Famisanar, que ocupava o terceiro lugar das EPS com maior porcentagem de receitas, sai das 5 primeiras, para passar a sexta posição, e é substituída por Sanitas. A partir do ano 2008 a Nueva EPS entra a ser parte deste grupo de cinco excluindo a Cafesalud.

Para a série completa de dados de ativos por EPS, as 5 maiores EPS concentraram o 53,3% do total de ativos das EPS do RC. As duas maiores EPS, concentraram em média, e adaptado segundo os anos em que se apresentaram informes, 35,4% entre Saludcoop e Coomeva, ou 45% entre Saludcoop e Nueva EPS. Na série de dados se pode observar que para alguns anos a porcentagem de ativos concentradas pelas 5 maiores EPS diminui consideravelmente, mais esses dados são devidos do não reporte da maior seguradora, Saludcoop. Para o ano 2007 não se contam com dados de ativos para nenhuma EPS privada.

Já para o caso das EPS de ACEMI, estas controlaram o 67.9% dos ativos totais das EPS do RC em média para a série completa de dados. Se apenas são considerados somente os anos em que Saludcoop reportou dados, a média sobe para 75,6%.

Cabe aqui citar o trabalho de Gorbaneff, Torres e Contreras (2008), que analisando a concentração e posições dominantes de mercado na saúde das EPS afirmam que

El sector de las aseguradoras se acerca a lo que, en la práctica internacional, se considera como un mercado altamente concentrado, por lo cual, el regulador colombiano debería prestar su atención a este fenómeno. Para mejorar las propiedades competitivas de nuestro sistema de salud, es

⁶²Para ver a definição dos conceitos utilizados para a análise da gestão financeira das EPS ver o Anexo.

necesario encontrar la solución al desequilibrio de la concentración entre las IPS y EPS.” (GORBANEFF, TORRES, CONTRERAS, 2008, p. 185)

No entanto, a posição dominante no mercado de seguros de saúde do RC das maiores EPS e das associadas a ACEMI, não se dava só pela concentração de receitas e ativos. Além do descrito, Hernández et al. (2012) chamam a atenção da construção de instalações próprias das EPS para a prestação de serviços de saúde, e a constituição de empresas em ramos relacionados, como hotelaria, alimentação, distribuição de equipamento médico, etc., que gerou economias de escala e posições dominantes no mercado por parte de algumas EPS privadas.

Esta integración fue facilitada por la inexistencia de regulaciones sobre la inversión de recursos provenientes de las UPC compensadas en la construcción de la Red. No hay duda que las EPS venían buscando optimizar sus utilidades en detrimento de la calidad de la atención ofrecida, al racionar los servicios mediante la definición de techos máximos de formulación de medicamentos, limitando la remisión a niveles superiores de complejidad y la toma de ayudas diagnósticas. (HERNÁNDEZ ET AL, 2012, p. 223)

No meio do acúmulo de problemas e críticas do sistema, para 2007 abriu-se um novo cenário de confrontação entre distintos atores que propunham a reforma do modelo de saúde. O posicionamento dos atores, entre defensores e críticos, os argumentos, e as estratégias, foram similares às de momentos de disputa anteriores, assim como os resultados. (BORERO, 2013; HERNÁNDEZ ET AL, 2012)

Depois de mobilizações, discussões e propostas diferenciadas, foi promulgada a Lei no. 1122 de 2007, que manteve a estruturado sistema, mas que também impôs novas restrições sobre as seguradoras, como a de uma porcentagem máximo de integração vertical de 30% para as EPS do RC. (BORERO, 2013; HERNÁNDEZ ET AL, 2012)

Mas esta medida não foi suficiente para consertar o funcionamento ineficaz nem para resolver os problemas de saúde da população, que continuava reclamando maior e melhor atenção por meio das ações de amparo, que continuaram a crescer, assim como as mobilizações e exigências de reforma. (BORRERO, 2014; TORRES, 2011)

O gasto em saúde aumentou de maneira notável na segunda metade da década de 2000, e ainda assim, tanto as EPS, quanto as IPS, reportavam problemas de desfinanciamento ou iliquidez, segundo elas, por problemas de fluxos dos recursos,

e pela falta de atualização nos valores da UPC e do conteúdo do POS. (JARAMILLO, 2013)

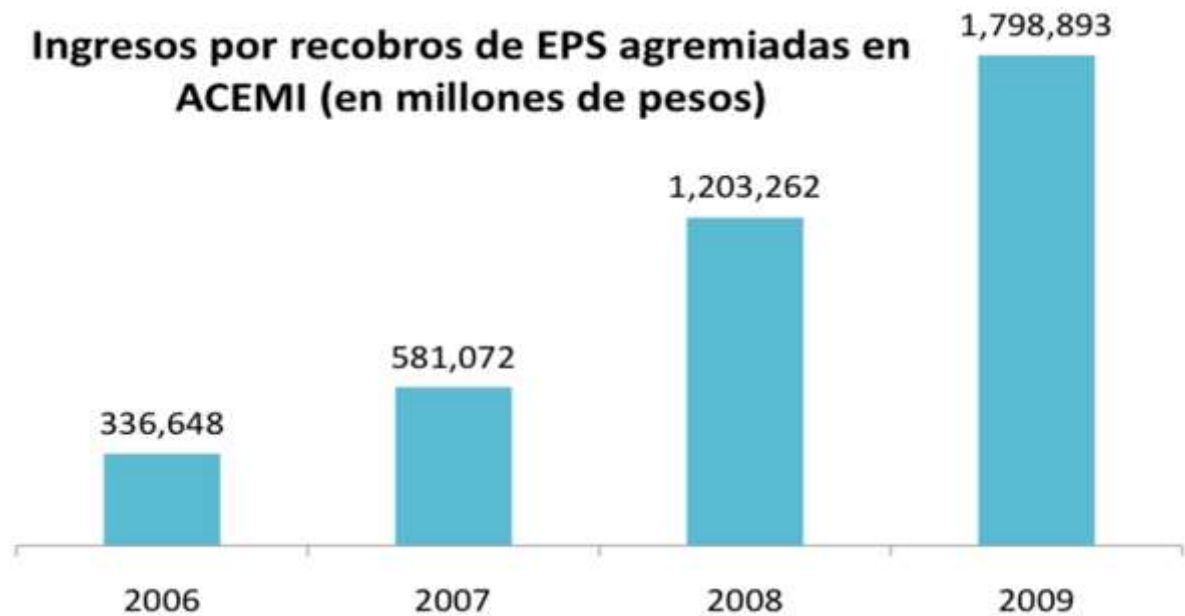
A realidade do aumento dos gastos em saúde só ficou completamente clara com a já mencionada sanção e 2011 da *Superintendencia Nacional de Salud* em contra de ACEMI por práticas anti-competitivas.

O informe que antecedia a sanção, descrevia como, desde o ano 2006, as EPS de ACEMI tinham acordado limitar a prestação de serviços incluídos no POS. Isto produziu um aumento de prestação de serviços Não-POS (além do POS), que eram recobrados ao Estado, especificamente a uma sub-conta do FOSYGA. Durante este período as EPS também encorajaram a prática da ação de amparo por parte dos seus segurados, ainda os incluídos no POS, para poder recobrar estes ao Estado, dada a normatividade. Por sua vez a *Defensoría del Pueblo* informava que entre 2006 e 2009 0 57% das ações de amparo dos segurados pelas EPS no país, eram por negação de serviços de saúde do POS. (LEÓN, 2011; MELO, RAMOS, 2010)

O resultado foi o aumento dos *recobro* por serviços POS e Não-POS, e com isto o aumento do gasto em saúde, e o aumento das receitas das EPS, e do lucro, e como sempre nesse modelo, o aumento da dor, morte e sofrimento dos segurados. (Ver Figuras 22 e 23)

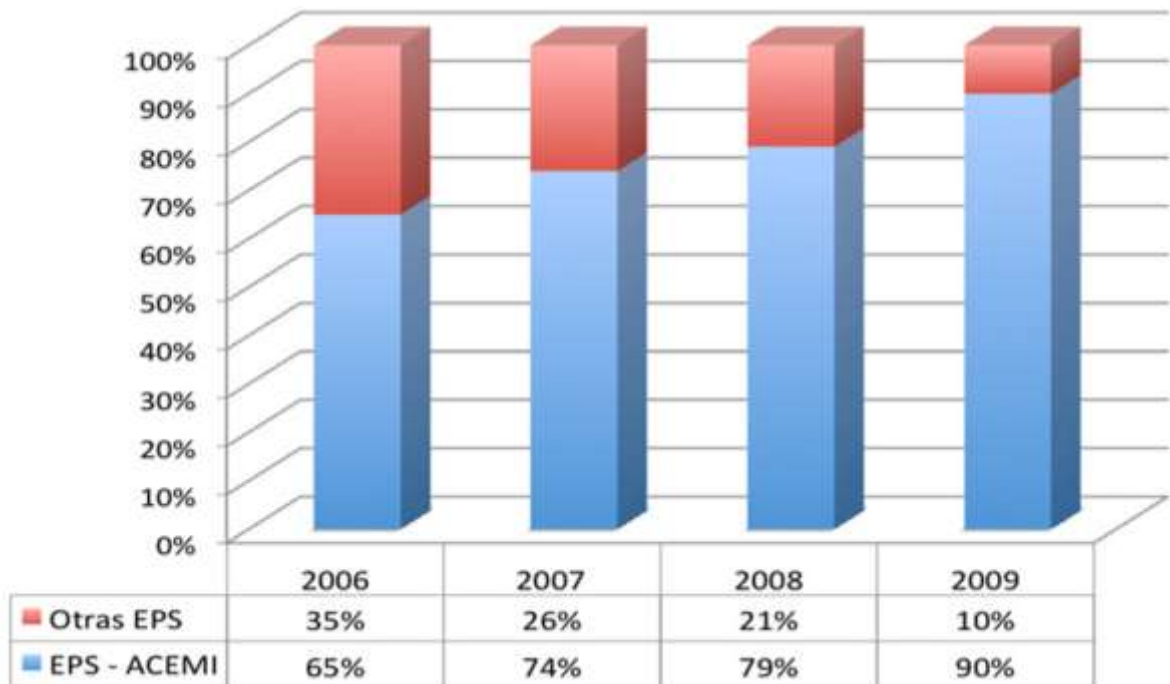
Mas a atuação das EPS no *recobro* dos serviços ao FOSYGA não passou também por mecanismos francamente ilegais. No ano de 2012, depois de analisar a crítica elevação dos *recobros* das EPS ao FOSYGA, foi descoberto uma enorme fraude de *recobros* fraudulentos feitos por procedimentos nunca realizados, e até registrados para pessoas falecidas. Este escândalo foi denominado o *Carrusel de la Salud*, e involucrou legalmente a múltiplos funcionários públicos e privados. (EL TIEMPO, 2012, 30/10/12)

Figura 22- Receitas por *recobros* das EPS agremiadas em ACEMI (milhões de COP)



Fonte: Tomada de LEÓN, 2011.

Figura 23- Porcentem dos *recobros* das EPS agremiadas em ACEMI frente ao total de *recobros* de outras EPS ao FOSYGA



Fonte: Tomada de LEÓN, 2011.

A figura 23 mostra que entre o ano 2006 e 2009, as EPS agremiadas em ACEMI foram as principais responsáveis do crescimento do valor dos *recobros*, frente ao resto de EPS. Essa rubrica mostrou um crescimento de 434% nesses quatro anos, e chegou a significar o 18% das receitas operacionais dessas EPS. (LEÓN, 2011)

Cabe indicar que desde o ponto de vista epidemiológica, nenhuma variável mudou que justificasse o aumento do gasto em serviços Não-POS, evidenciando de novo a prioridade da dinâmica financeira e do lucro, sobre a racionalidade sanitária, na modelagem e funcionamento do sistema. (LEÓN, 2011)

Mas os acordos do *Cartel* de EPS não só incluíram mecanismos de aumento das receitas e do lucro ao curto prazo, mas também incluiu a falsificação e ocultamento de informação nos informes apresentados aos organismos de controle, que procuravam mostrar que o valor da UPC (mesma que como vimos cresceu continuamente na década de 2000), era insuficiente para cobrir o valor dos serviços requeridos pela população segurada. (LEÓN, 2011; MELO, RAMOS, 2010)

Nesta conjuntura, se apresentaram dois momentos importantes, e muito contraditórios, de ajuste do modelo: o primeiro foi a declaração no ano de 2008 da Sentença T-760 por parte da Corte Constitucional; e o segundo, foi a declaração da denominada *Emergencia Social en Salud*⁶³ por parte do governo de Uribe Vélez no ano de 2009.

Na Sentença T-760, a Corte Constitucional (que no longo prazo assumiu a defesa da cara mais garantista de direitos da Constituição Política de 1991), depois de estudar e resolver 22 ações de amparo pelo direito à saúde, emitiu a norma jurisprudencial de maiores alcances no contexto colombiano para a defesa do direito à saúde como direito fundamental.

A Corte Constitucional conceituou à saúde como direito fundamental por bloque de constitucionalidade, garantindo um núcleo essencial que deveria ser prestado para todas as pessoas sem importar a capacidade de pagamento, ou outras considerações. Em particular, a Corte foi clara em listar e assinalar como travas inconstitucionais

⁶³“La Emergencia Social es básicamente una especie de Estado de Sitio solo que su causa se fija en la crisis sobre algún derecho de tipo económico o social. Consiste en que durante 30 días, el ejecutivo y sus ministros pueden realizar decretos con fuerza de ley con el fin de contener la crisis.” (VEGA, SAENZ, HERNÁNDEZ, 2010, p. 10)

práticas comuns das EPS para diminuir a utilização dos serviços de saúde, o que Abadía e Oviedo (2010) denominaram itinerários burocráticos, e que são a infinidade de barreiras institucionais que demoram ou inviabilizam o acesso aos serviços de saúde, e com isto, produzem maior sofrimento e morte entre os segurados. (CORTE CONSTITUCIONAL, 2008)

A Corte, considerando as notáveis falhas na regulação e controle dentro do sistema de saúde, ordenou aos organismos de controle a aplicação de medidas que visavam proteger de maneira efetiva o direito a saúde. As principais eram: a revisão dos serviços incluídos no POS; a igualação do POS para o RC e o RS; estabelecer medidas para controlar a prática do recobro de serviços; adotar medidas para melhorar o fluxo de recursos; e adotar as medidas necessárias para garantir a prestação dos serviços cobertos pelo pacote mínimo. A sentença incluiu um cronograma detalhado de datas limites para o cumprimento das ordens decretadas. (CORTE CONSTITUCIONAL, 2008)

A sentença da Corte tentava limitar claramente os abusos das EPS frente aos usuários, e lhes impunha maiores responsabilidades legais e fiscais. Era claro que as ordens de eliminar qualquer barreira de acesso ao pacote mínimo, agora igualado para os dois regimes, e de maior vigilância por parte dos organismos de controle, colocava pressão sobre as seguradoras privadas, e ameaçava a dinâmica do negócio.

Em resposta às ordens da sentença, especialmente às que tinham a ver com o melhoramento dos fluxos de recursos do sistema, e em vista do aumento substancial do gasto total em saúde da segunda metade da década de 2000, o governo de Uribe Vélez decretou a *Emergencia Social en Salud*. Como visto na primeira parte deste texto, a emergência tratou-se fundamentalmente de um pacote de medidas que procurava aumentar os recursos da saúde, limitar o uso dos serviços, e garantir o fluxo de recursos para as EPS⁶⁴. (VEGA, SAENZ, HERNÁNDEZ, 2010)

De acuerdo con el Ministro Palacios, en el marco de la emergencia, se diseñaron tres paquetes de medidas; el primero para descongelar 1,4 billones de pesos que ya poseía el Estado; el segundo buscó que el sector salud obtuviera recursos permanentes de nuevos impuestos –tabacos, licores, cervezas, y juegos de azar- esperando obtener por esta vía cerca de 80.000 millones frescos; y el tercero, buscaba renovar el POS. Así mismo se conocía

⁶⁴Para uma análise detalhada do processo ver Yepez (2010).

que el gobierno [FOSYGA] tenía 5 billones en TES de largo vencimiento.
(BORRERO, 2013, p. 243)

A resposta social à Emergência foi de rejeição por parte das organizações sociais que defendiam o direito à saúde, e de respaldo por parte das seguradoras e a burocracia do aparato governamental. Os protestos pelo pacote de reformas da Emergência foram massivos; os maiores já registrados por disputas no campo da saúde na Colômbia. (BORRERO, 2014; TORRES, 2011)

De fato, o processo organizativo dos atores críticos avançou muito nestes anos, e foram conformadas plataformas para apresentar propostas alternativas de reforma, que se distanciavam do modelo de mercado e de seguro privado universal, e propunham sistema universais públicos. A *Comisión de seguimiento a la Sentencia T/760 de 2008* e de *Reforma Estructural al Sistema de Salud y Seguridad Social*, a *Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud y Seguridad Social (ANSA)*, e a *Mesa Nacional por el Derecho a la Salud*, foram claros exemplos disso.

Outras várias propostas de ajuste e reajuste do sistema também foram construídas pelos defensores do modelo da Lei 100/1993.

O fato é que o contexto de aumento do gasto produzido pela atuação ilegal das EPS, o aumento da mobilização social, o aumento da normatividade que regulava e pressionava às seguradoras de saúde privados para cumprirem com o direito à saúde com uma provisão mínima, e a defesa do modelo por parte das próprias seguradoras, da burguesia financeira, e pela burocracia governamental, produziram um cenário de disputa política pela formulação de ajustes vs. reformas profundas ao sistema de saúde colombiano, expressado nas ruas, na imprensa, na academia, no congresso, e em outros múltiplos espaços. Dita confrontação se estendeu até hoje [2015], podendo ser afirmado que esta contradição continua sendo um dos principais problemas sociais e políticos do país.

Contudo, os efeitos da sentença da Corte Constitucional, e de outras regulações, exigiu dos atores de controle maior atuação, expressada por exemplo, numa nova regulamentação para a atuação financeira das EPS, expressa na *Resolución 1740 de 2008*. Estas se somaram a importantes regulações da segunda metade da década de 2000, como o *Decreto 574 de 2007*, que reformou o regime de investimentos das EPS, e que em geral respondiam às exigências da sociedade civil

por maiores controles, e tentavam limitar os enormes e evidentes abusos do mercado de seguros de saúde.

Assim, também neste período (2007 em diante) foram registradas um grande número de atuações por parte da *Superintendencia Nacional de Salud* contra as EPS, como visto na Tabela 7 (acima). Por exemplo: 17 EPS privadas, das 23 existentes nesse período, que dizer o 68%, que sofreram intervenção ou entraram em vigilância especial pelo menos uma vez pela sua situação financeira; 18 das EPS privadas sofreram algum tipo de sanção administrativa, como a suspensão da licença de funcionamento, a restrição de segurar nova população, multas, etc.; e ainda, alguns altos funcionários nas seguradoras foram sancionados legalmente com penas privativas da liberdade por faltas administrativo-legais. (EL TIEMPO, 2012; JARAMILLO, 2013)

É fundamental ressaltar que foi depois do ano 2007 que as EPS começaram a apresentar informes preocupantes sobre seus balanços financeiros, e que de fato, depois de intervenções, sanções e processos judiciais, várias das EPS privadas do RC começaram a falir e ser liquidadas desde o ano 2010. Esse processo massivo de crise e liquidação, inédito no RC para as EPS privadas, se estendeu até hoje (2015), e tem resultado na liquidação de sete (7) EPS privadas: Comfenalco Antioquia, Golden Group, Humana Vivir, Multimédicas, RedSalud, Saludcolombia e Solsalud. Quer dizer das 23 EPS que funcionavam no ano de 2007, 3 delas, o 13%, tinham falido para o ano 2012, e 7 delas, o 30%, tinham falido e sido liquidadas para o ano 2015.

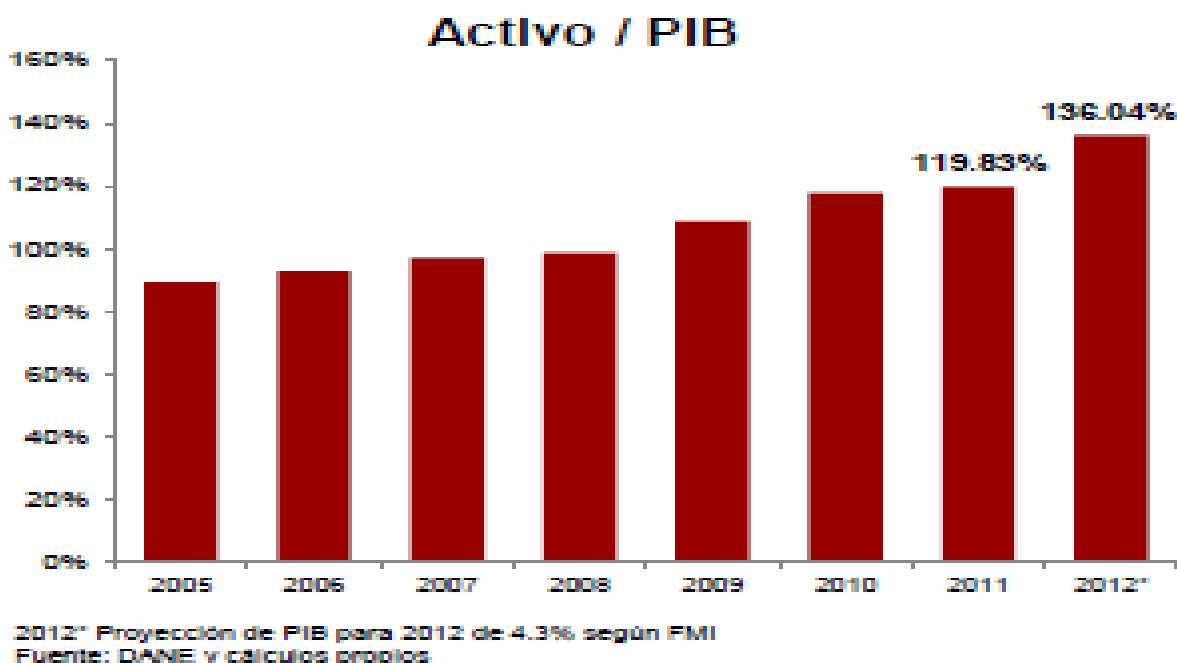
Chama a atenção que das EPS falidas neste período, nenhuma pertencia à associação de ACEMI. Também não eram parte das maiores 5 EPS por receitas ou ativos.

Das EPS falidas, duas, Golden Group e Saludcolombia, pertenciam a GE. No que diz respeito aos acionistas, para três delas, Humana Vivir, RedSalud, e Solsalud, os acionistas principais eram companhias dedicadas ao ramo da prestação de serviços médicos, para três, Golden Group, Multimédicas e Saludcolombia, eram dos ramos dos seguros gerais ou de serviços financeiros, e uma, Comfenalco Antioquia, era caixa de compensação.

Cabe lembrar que Colômbia, junto à econômica capitalista global, atravessou por uma crise econômica expressada na queda do PIB (ver Figura 1) entre os anos 2007 e 2011.

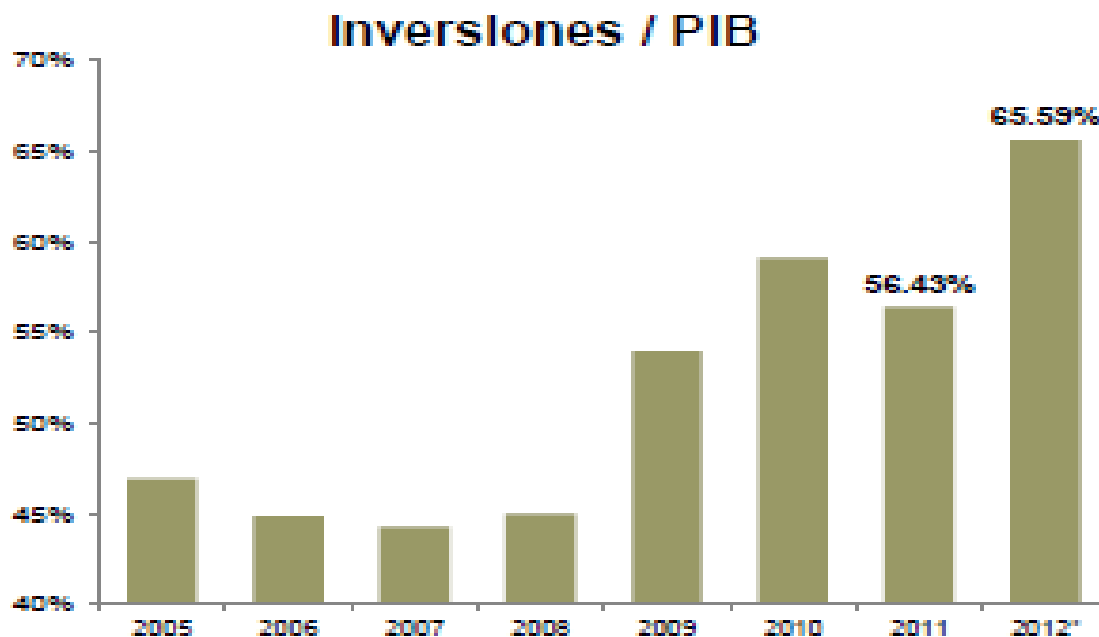
Esta crise, a diferença da primeira analisada acima, não afetou tão profundamente a economia colombiana em geral, e afetou em muito menor medida o setor financeiro. De fato, segundo dados da *Superintendencia Financiera de Colombia*, o valor dos ativos do setor financeiro teve um aumento contínuo desde meados da década de 2000 até o ano 2012, contrário ao visto na crise de final dos anos 1990, quando o valor dos ativos do setor financeiro, e em particular da banca comercial, diminuiu sensivelmente. Os investimentos do setor financeiro também aumentaram entre o ano 2007 e 2012. (Ver Figuras 24 e 25) (SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA, 2012)

Figura 24- Ativos do setor financeiro como porcentagem do PIB na Colômbia por ano



Fonte: Tomado de SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA, 2012.

Figura 25- Investimentos do setor financeiro como porcentagem do PIB na Colômbia por ano



Fonte: Tomado de SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA, 2012.

Para o setor de seguros gerais, a segunda metade da década de 2000 esteve marcada por resultados financeiros positivos, melhores dos que na primeira metade da década, ainda que apresentaram uma queda pequena para os anos 2008 e 2009, e no ano de 2011. (SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA, 2012)

Pode ser afirmado então, que a crise econômica de 2007-2011 não se concentrou no setor financeiro na Colômbia, e que a queda do PIB foi explicado pela diminuição da IED sobre o setor agro-exportador, e pela queda do preço internacional das matérias primas exportáveis. (KALMANOVITZ, 2010)

Como enunciado antes, a resposta do governo foi o recorte do gasto público, sem chegar a afetar de forma alguma a diminuição da receita nacional pela queda do preço das exportações mineiras nacionais que representavam o 42% das exportações do país; o modelo minero-exportador (reprimarização) mostrava assim seus limites,

impedindo a saída da crise econômica por sua dependência das condições comerciais internacionais⁶⁵. (KALMANOVITZ, 2010)

No contexto da crise apresentaram-se novas restrições de crédito e fuga de capitais, com transferência de ativos públicos para o setor privado, porém em escala menor que durante a crise anterior. Para o caso dos seguros de saúde, o recorte do gasto público, no meio do contexto de crises das EPS, afetou particularmente as EPS públicas, que continuaram a diminuir em número e em proporção de população segurada frente às EPS privadas.

Se tomamos em conta o crescimento contínuo das receitas e dos ativos das EPS do RC mostrados na Tabela 8, e considerando também que as EPS de ACEMI são as EPS sobre as que mais se concentram os acionistas do ramo financeiro e de seguros, e que nenhuma destas faliu ou foi liquidada, podemos afirmar que a crise financeira de finais da década de 2012 teve um impacto menor ou moderado sobre as EPS privadas.

Assim, podemos afirmar que é possível que o fator mais determinante para a falência e liquidação das EPS privadas do RC no período 2007-2012, tenha sido o aumento da regulação e controle sobre sua atuação de gestão financeira e de serviços de saúde, ou/e sua gestão financeira, que analisaremos logo.

Resaltamos mais uma vez a hipótese de Waitzkin (2010) que afirma que as seguradoras de saúde saíram abruptamente de contextos onde aumentou tanto a concorrência, como o controle e regulação por parte do Estado frente à demanda da sociedade civil, deixando desprotegida à população e trasladando seu capital a novos nichos de mercado mais prometedores. Com a oligopolização do mercado de saúde na Colômbia, e as disputas pela reforma do sistema de saúde, parece que esse cenário estava cumprido.

Se consideramos a afirmação da falta de regulação e controle da atuação financeira das EPS feita pela Corte Constitucional (CORTE CONSTITUCIONAL, 2008), por diversos acadêmicos (BORRERO, 2014; HERNÁNDEZ, 2003;2008; GIRALDO, 2007; PELÁEZ, 2011 TORRES, 2008), e pela própria sociedade civil

⁶⁵Parece importante ressaltar que a dinâmica deste setor, está baseada em altos níveis de investimentos de capital de IED, com poucas relações com o resto da economia, e relativamente volátil frente a condições produtivas como as que apresentaram-se depois do 2007 no país.

(BORRERO, 2014), podemos postular como uma hipótese válida que a saída do mercado de algumas EPS privadas do RC, através da sua liquidação, pode ter sido, na realidade, um fenômeno de deslocamento de capital para outros nichos de negócio; decisões de mercado. Esta hipótese parece ainda mais válida se consideramos que as falências e o começo dos balanços financeiros negativos das EPS se deram, contraditoriamente, num contexto de aumento das receitas e dos recursos intermediados.

Com isto finalizamos a análise da determinação da estrutura sobre a dinâmica financeira das EPS. Na seção seguinte analisaremos a determinação estruturante da atuação financeira das EPS sobre o sistema de saúde e sobre o própria regime de acumulação financeirizado.

4.3 A determinação estruturante das EPS

Esta seção analisa a determinação estruturante das EPS, compreendida como a modelagem, a estruturação e reprodução tanto do sistema de saúde, quanto do próprio regime capitalista financeirizado, que a atuação das EPS produziu historicamente.

Como analisado, a atuação das EPS pode ser dividida conceitualmente em duas partes, que inclusive tem regulações públicas diferenciadas: a gestão de serviços de saúde, e a gestão financeira. As seções seguintes analisam separadamente a determinação estruturante das EPS nestes dois campos.

4.3.1 A determinação estruturante das EPS através da sua gestão de serviços de saúde

A gestão de serviços de saúde das EPS refere-se a atividade de contratação de prestadores de serviços de saúde que procura garantir o acesso efetivo da população segurada aos serviços do POS. A relação entre as EPS e as *Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud* (IPS), é a relação central desta gestão. Também

são importantes a relação com outros atores, como as empresas de equipamentos médicos, empresas farmacêuticas, empresas de hotelaria hospitalar, empresas de alimentação hospitalar, etc.

O *Pluralismo Estruturado* estabeleceu a concorrência entre prestadores de serviços como mecanismo teórico para aumentar a eficácia e eficiência. Na prática, e de forma muito similar ao observado na dinâmica das EPS, a reforma serviu para a progressiva privatização da prestação de serviços de saúde, propiciando a crise hospitalar pública que já expusemos em diversas ocasiões, e contribuindo para a piora dos indicadores de saúde da população. (BORRERO, 2013; HERNÁNDEZ ET AL., 2012)

A concorrência entre IPS públicas e privadas esteve marcada por vários processos relevantes que vão além do objeto de estudo desta pesquisa. Aqui nos concentraremos em analisar a forma como a relação entre as EPS e as IPS modelou o sistema de saúde. Porém, cabe ressaltar que processos como a substituição do subsídio à oferta pelo subsídio à demanda, a flexibilização laboral, o enfraquecimento dos sindicatos de trabalhadores da saúde por meios legais e violentos, a apropriação por atores políticos corruptos e pelo paramilitarismo dos recursos públicos para saúde, dentre outros processos, também jogaram um papel importante na dinâmica das IPS. (BORRERO, 2013; HERNÁNDEZ ET AL., 2012)

A reforma sanitária obrigou aos prestadores de serviços públicos a converter-se em instituições com autonomia financeira, quer dizer, sobreviver da venda de serviços às EPS, mais do que da transferência direta de recursos públicos. Assim, IPS públicas e privadas entraram a competir por contratos das EPS através do preço dos serviços oferecidos.

Se bem que existem múltiplas formas de contratação entre EPS e IPS, a forma mais comum tem sido a contratações para a prestação de determinados serviços para uma determinada população num período de tempo por um preço fixo. Esta situação explica o porquê da crítica de vários acadêmicos que assinalam a transferência da gestão do risco financeiro das seguradoras para os prestadores, sempre que terminam sendo as IPS as que assumem o risco de eventualmente ter que cobrir maiores demandas (maior sinistralidade) com os mesmos recursos. (GIRALDO, 2007)

Já foi descrito como a transferência de subsídios à oferta para subsídios a demanda, as dificuldades no fluxo dos recursos público, e a própria crise financeira internacional, produziram uma profunda crise hospitalar no final da década de 1990, e uma onda de privatizações de hospitais públicos. Cabe ressaltar aqui que as EPS privadas aproveitaram esse momento para realizar investimentos de compra destes ativos, e para conformar suas próprias redes de serviços de saúde. Esta tendência produziu, no médio prazo, a concentração dos contratos sobre IPS privadas, que cresceram em número e em recursos captados. A integração vertical das EPS que conformou o que podem ser denominados verdadeiros *Trusts*, formou parte da oligopolização do mercado da saúde na Colômbia, e contribuiu para o aprofundamento da crise das IPS públicas. (LENIN, 1975; RUEDA, 2003)

A queixa constante por parte das EPS privadas dos retraços da transferência de recursos por parte do FOSYGA, foi utilizado como argumentação para explicar a existência de grandes e progressivas dívidas das EPS com as IPS. Mas foi o próprio *Ministerio de salud* (2013; 2014) que desmentiu esse argumento, confirmando o já denunciado por outros atores (PELÁEZ, 2011), ao demonstrar que, se bem que existiam retraços de repasso de recursos entre o FOSYGA e as EPS, estes recursos tinham aumentado progressivamente, e que sistematicamente as dívidas das EPS com as IPS, eram de maiores recursos e de moratórias mais longas, do que as dívidas entre o FOSYGA e as EPS. (RUEDA, 2003)

A moratória no pagamento dos contratos entre EPS e IPS se constituiu em norma na gestão de serviços de saúde, ainda que diferenciada, dado que afetou principalmente às IPS públicas. As EPS preferiram transferir os recursos disponíveis para as IPS das suas próprias redes, ou para as IPS com as quais tinham relações comerciais a través, por exemplo, do grupo econômico ao qual pertenciam. (RUEDA, 2003)

Nesse contexto de sub-financiamento crônico as IPS também desenvolveram diversos mecanismos de contenção de custos para contornar a crises financeira. Estão descritas na literatura sobre o assunto: a transferência da moratória de pagamentos das EPS à moratória de pagamentos para os trabalhadores da saúde; a flexibilização laboral; o recorte de pessoal; e a franca negação de serviços de saúde. (ABADÍA, OVIEDO, 2010)

A instauração de estritos mecanismos de auditoria das EPS frente aos serviços prestados pelas IPS para garantir a eficiência (compreendida como o mínimo de gasto possível como fim em si mesmo), que castigava falta de cumprimento deste princípio com a glosa de recursos, fortaleceu este fenômeno de negação de serviços. Este fenômeno fortaleceu a tendência de crescimento das ações de amparo para acesso a serviços de saúde (judicialização da saúde), e de aumento da crítica e mobilização social em defesa do direito à saúde. (ABADÍA, OVIEDO, 2010; BORRERO, 2013; HERNÁNDEZ ET AL, 2012)

Entre as barreiras de acesso aos serviços praticadas pelas EPS-IPS foram comprovados: negação de serviços por incapacidade de pagamento das quotas moderadoras e co-pagamentos; barreiras geográficas por longas distâncias intencionalmente estabelecidas para acesso aos serviços; indisponibilidade de agenda para consultas médicas, exames paraclínicos e outros procedimentos médicos; proibição explícita ou coerção e amedrontamento dos profissionais de saúde para não solicitarem exames paraclínicos ou determinados procedimentos de maior complexidade; proibição de tratar qualquer problema de saúde fora do motivo de consulta dos pacientes; dentre outros muitos. (HERNÁNDEZ ET AL., 2012; URIBE, 2009)

Para os trabalhadores prestadores de serviços de saúde está situação se expressou em condições laborais e salariais denunciadas como extremadamente precárias e marcadas por uma elevada restrição da autonomia profissional (BORRERO, 2013).

Cabe ressaltar que as EPS também desenvolveram mecanismos para derivar a atenção das doenças de alto custo, e doenças raras para as IPS públicas, gerando uma maior carga financeira para estas, e que também determinou parte das suas crises. Cabe reiterar que, em contraste, as EPS privadas desenvolveram um mecanismo ilegal de recobro de serviços Não-POS ao FOSYGA de medicamentos para doenças crônicas ou de alto custo, que inflava artificialmente os preços, e por essa via aumentaram significativamente suas receitas na segunda metade da década de 2000. (JARAMILLO, 2013)

Todas estas tendências já eram observáveis no início do funcionamento do sistema de saúde na segunda metade da década de 1990, mas se converteram em

traços estruturantes da gestão de serviços de saúde, modelando o sistema, durante toda a década de 2000. Este processo esteve intrinsecamente relacionado à progressiva privatização e oligopolização do mercado de seguros de saúde com a consequente dominação das EPS no campo da saúde.

A dinâmica de moratória das transferências entre EPS e IPS, e entre o FOSYGA e os outros agentes do sistema, se explica também pelo investimento de parte dos recursos deste em bonos e títulos, principalmente de dívida pública. (HERNÁNDEZ ET AL., 2012)

Parte das regulações instauradas em resposta aos protestos pela situação do sistema de saúde, e pela própria crise financeira do mesmo, foi a regulação de um limite máximo de contratação vertical das EPS privadas com suas próprias redes. A Lei 1122/2007 estabeleceu em 30% como o máximo permitido de contratação vertical para as EPS do RC. A norma foi demandada por limitar a concorrência e desenvolvimento do livre empreendimento, e é um tema que continua em disputa hoje. (HERNÁNDEZ ET AL., 2012)

Cabe ressaltar que a integração vertical, que criou e reproduziu posições dominantes de mercado dos *Trusts* liderados pelas EPS oligopólicas, se estendeu além das Instituições prestadoras de serviços de saúde

Actores como Saludcoop, que compró Café salud y Cruz Blanca y que contaba con empresas encargadas del diseño de la ropa hospitalaria, la preparación de los alimentos, la distribución de medicamentos, el mantenimiento de los equipos, las cooperativas de contratación de personal médico y de servicios, la empresa de seguridad, un call center propio y un colegio, defendían sus formas de integración y el lucro que ello suponía. (Hernández ET AL, 2012)

As propostas governamentais de reforma que seguiram no final da década de 2000, e que se confrontam até hoje [2015] com propostas alternativas formuladas pelo movimento social na saúde, continuam defendendo a possibilidade da integração vertical por parte das EPS, e propuseram melhorar os fluxos financeiros como forma de superar a crise financeira, sem propor mudanças de fundo que permitam alterar a posição dominante das seguradoras.

Provavelmente o conjunto de normas que se tentou implementar com a *Emergencia Social em Salud*, foram as que melhor expressavam o interesse das EPS, e as que mais restritivas eram para o acesso a serviços de saúde. A *Emergencia*

propunha, por exemplo: a flexibilização dos limites da integração vertical; a criação de protocolos de atenção muito restritivos; sanções econômicas para os profissionais de saúde que receitaram intervenções fora do POS; sanções administrativas para juízes que conceituaram a favor das ações de amparo por acesso a serviços fora do POS; o pagamento com garantias de seguro de desemprego e poupança familiar dos serviços fora do POS; dentre outras medidas que foram foco de crítica do movimento social. (HERNÁNDEZ ET AL., 2012)

Fechamos esta parte da nossa análise mostrando que desde a introdução das EPS na gestão dos serviços de saúde, os gastos de administração e investimentos aumentaram, em quanto os gastos destinados à prestação de serviços médicos diminuíram de forma considerável. (Ver tabela 11 e Figura 26)

Tabela 11- Gasto em saúde por uso como porcentagem do GTS

Gasto em saúde por uso como porcentagem do GTS											
Uso/Ano	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
% Administração/GTS	6,4%	8,5%	10,6%	23,1%	19,7%	17,7%	16,8%	14,2%	14,2%	15,1%	15,5%
% Investimento ¹ /GTS	2,5%	3,6%	3,6%	9,3%	7,5%	6,3%	6,3%	6,3%	7,6%	10,1%	10,3%
% Atenção em saúde ² /GTS	87,9%	79,5%	79,1%	60,4%	64,2%	66,1%	67,5%	69,9%	69,7%	67,4%	64,7%
% Demais usos ³ /GTS	3,1%	8,5%	6,7%	7,2%	8,6%	9,9%	9,5%	9,6%	8,4%	7,4%	9,5%

Nota: Elaboração própria.

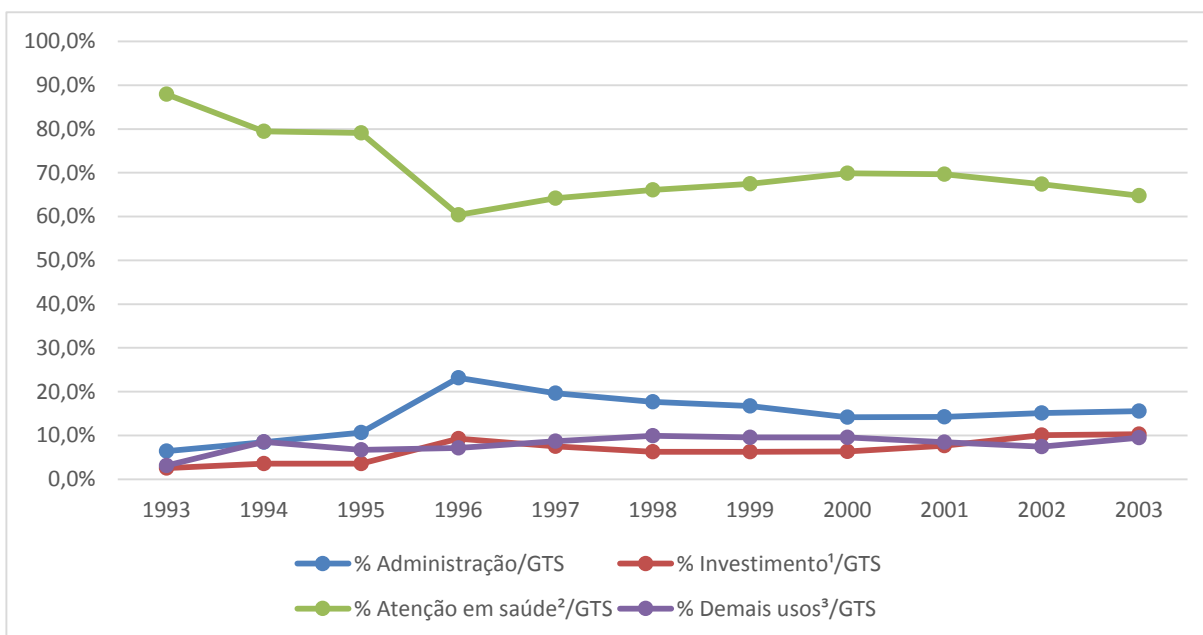
¹ Inclui investimentos em: infraestrutura e dotação; pesquisa; capacitação; e outros.

² Inclui as intervenções de prevenção e promoção da saúde, e todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde.

³ Inclui os investimentos em ativos propriamente financeiros.

Fonte BARÓN, 2007.

Figura 26- Gasto em saúde por uso como porcentagem do GTS



Nota: Elaboração própria.

¹ Inclui investimentos em: infraestrutura e dotação; pesquisa; capacitação; e outros.

² Inclui as intervenções de prevenção e promoção da saúde, e todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde.

³ Inclui os investimentos em ativos propriamente financeiros.

Fonte: BARÓN, 2007.

Como podemos observar na série de dados apresentada (não foram encontrados dados para completar a série até 2012), os gastos correspondentes a administração mais do que duplicaram depois da inserção das EPS na gestão de serviços de saúde, passando de 6,4% em 1993 a 15,5% em 2003, e depois de um pico que chegou a 23,1% em 1996, compatível com o período de transição e criação das EPS e que era previsto como custoso.

Por outro lado, o gasto da atenção em saúde, que inclui o gasto em promoção e prevenção e o gasto de saúde pública em geral, assim como o gasto dos serviços de saúde de todos os níveis de complexidade, diminuiu de maneira importante, passando de 87,9% em 1993 a 64,7% em 2003, o que representa uma perda líquido de mais do que 25% do total de gasto em serviços de saúde. Esta cifra, certamente contrasta com o reclamo constante das EPS de que o valor da UPC é insuficiente frente aos custos dos serviços requeridos pela população segurada. Se consideramos que durante este período apresentou-se de maneira continua o crescimento de população segurada, caberia esperar um aumento do gasto por fenômenos como a

demanda reprimida, ou ainda pelas consequências das crises econômicas, mas não foi assim.

Os gastos que sim cresceram foram os gastos de intermediação, os “custos de transação” no jargão da economia da saúde, que incluem o gasto administrativo para a tecnocracia das EPS, os gastos de investimento em infraestrutura, pesquisa e outros relacionados (que incluem os gastos de propaganda), e os “demais gastos”, onde se contam os investimentos propriamente financeiros das EPS que fazem parte da sua gestão financeira. Esta estrutura de gastos se relaciona bem com o processo que viemos analisando, e é fundamental ressaltar que tem seu correlato de dor, sofrimento e morte, além das cifras e palavras. Passemos a analisar dita gestão financeira.

4.3.2 A determinação estruturante das EPS através da sua gestão financeira

Com esta seção de análise da gestão financeira das EPS finalizamos a análise da sua dinâmica financeira estrutural.

Compreendemos a gestão financeira das EPS como a administração das receitas para o cumprimento dos seus objetivos missionais: a gestão dos serviços de saúde dos segurados e a gestão do risco financeiro em saúde dos segurados. Para as EPS privadas do RC, que são sobre as que se vem concentrando esta análise, um terceiro objetivo fundamental é o lucro dos proprietários, dos acionistas da empresa.

Como anunciado, a principal fonte de informação para esta análise financeira foram os balanços financeiros que as EPS reportam à *Superintendencia Nacional de Salud*. Os balanços financeiros são informes periódicos que pretendem refletir o balanço financeiro das EPS num momento dado, e reflete sua atividade de receitas, gastos, patrimônio, utilidade (lucro), dívidas, investimento, etc. Para ampliação das definições técnicas utilizadas, ver o Anexo. A forma em que estes informes são apresentados está regulada pelo *Ministerio de salud* e a *Superintendencia Nacional de Salud*, e tem variado na medida que se foi ajustando o sistema de saúde colombiano no médio das disputas pelas reformas.

Antes de continuar, temos que ressaltar que os informes têm sérios problemas técnicos com respeito da qualidade e confiabilidade dos dados, que condicionam sua

utilidade. Porém, tendo sido extraídos de fonte pública permitem compreender outros elementos da dinâmica que estudamos, além dos números.

O primeiro elemento que deve ser assinalado é que os informes não estão completos, quer dizer, nem todas as EPS reportaram dados anualmente. Mas esse não é o elemento mais limitante. Quase nenhum informe contém anexos técnicos com definições, e em geral, também não têm referências legais que permita compreender contextualmente a forma e o conteúdo dos mesmos. Também deve ser ressaltado que os documentos não têm critérios de apresentação padronizados, e mudam de formato em pelo menos cinco ocasiões: entre 2000 e 2004 tem um mesmo formato; o ano de 2005 é diferente dos anteriores e diferente do informe do ano 2006; os informes dos anos 2006 e 2007 têm o mesmo formato; os informes de 2008 e 2009 têm igual formato, mas são diferentes dos anteriores; e finalmente os informes de 2010 a 2012 têm o mesmo formato e são diferentes dos anteriores.

Entre os problemas específicos encontraram-se que: as categorias para classificar tipos de receita, tipos de gasto, tipos de investimento mudam; a desagregação, quer dizer, o detalhe dos dados também muda; existem dados que não fazem sentido contábil, e que podem ser considerados erros (E.G., receitas negativas, ativos negativos, ou capital social negativo); e dados que saem completamente fora das tendências, e que não parecem ter sido confirmados ou revistados pelos organismos de controles.

Tal como estão apresentados os dados, só permitem uma aproximação das tendências da gestão financeira das EPS do RC e não uma análise conclusiva. Para isto as informações deveriam ser revistadas e complementadas ante os órgãos de controle e com as próprias EPS.

Interessa ressaltar que os informes posteriores a de 2010 [e até 2014] são os mais detalhados, e contêm maior número de *items* e desagregação de dados, mas que estão fora do período estudado por esta dissertação, e portanto não foram analisados a profundidade. Este fato está enquadrado no contexto de maior regulação e controle sobre as EPS que viemos relatando. Também interessa ressaltar que é em base destes informes, e das visitas de auditoria que têm realizado a *Superintendencia Nacional de Salud* em base a normativa de finais da década de 2000, que esse

organismo de controle determinou as multas, sanções e processos administrativos contra as EPS que detalhamos, incluindo as intervenções e liquidações.

Alguns autores que já analisaram os informes financeiros das EPS assinalaram a grande discricção na apresentação destes informes, e a dificuldade de fazer verificação dos dados por parte dos organismos de controle. Ainda mais, considerando a comprovação da falsificação das informações por parte das EPS, como considerado acima, estes documentos podem ser muito frágeis tecnicamente. (PELÁEZ, 2011)

Esta série de dificuldade também reiteram a preponderância das EPS dentro do sistema de saúde colombiano, por acima dos prestadores de serviços, dos profissionais, dos cidadãos e pacientes, e até dos próprios organismos de controles. Porém, a situação parece ter mudado, pelo menos ligeiramente, desde o final da década de 2000, como demonstrado pelo aumento das sanções e atuações administrativas contra as EPS pelo não cumprimento da normatividade.

Analisemos os balanços financeiros agregados das EPS que reportaram informes à Superintendência no período 2000-2012. (Ver Tabela 12).

Tabela 12– Indicadores agregados dos balanços financeiros das EPS do RC que reportaram informe à *Superintendencia Nacional de Salud* 2000-2012 (milhões de COP)

INDICADORES AGREGADOS DOS ESTADOS FINANCEIROS DAS EPS DO RC QUE REPORTARAM INFORME À SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD 2000-2012 (milhões de COP)													
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Receita	2.011.861.654	2.830.566.239	3.104.373.416	4.179.965.051	5.005.965.773	8.403.921.408	3.864.379.149	1.690.439.690	9.245.615.234	10.531.048.105	9.820.608.430	14.425.706.611	15.597.198.753
Ativos	688.713.077	962.013.515	955.144.581	1.695.454.010	2.244.290.815	3.330.491.841	2.993.422.836	1.009.646.767	3.491.073.622	4.239.306.036	4.839.193.765	5.226.592.126	5.780.248.011
Investimentos	103.225.057	202.165.056	106.099.365	176.797.703	95.877.358	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	744.838.793	633.471.900	613.739.256
de renda fixa	69.578.531	91.213.405	72.345.560	7.611.871	6.487.396	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	369.637.230	357.079.704	406.283.862
de renda variável	33.646.526	110.951.651	33.753.805	169.185.832	89.389.962	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	375.201.563	276.392.196	207.455.394
Patrimônio	198.356.479	296.953.374	318.078.912	-2.073.279.532	-1.861.574.739	-1.866.646.616	-2.273.492.343	-1.197.382.444	893.001.220	1.014.728.020	1.153.900.697	843.125.174	728.868.862
Capital Social	76.003.776	102.346.041	88.524.925	129.042.981	148.660.074	316.225.861	197.227.185	1.712.054.102	373.411.309	507.639.473	581.374.929	555.385.080	592.316.820
Prima em colocação de ações	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	69.638.583	95.504.047	161.695.810
Utilidad Operacional	7.858.733	26.616.082	38.252.535	-730.088.255	-291.964.081	-170.751.202	-4.769.741.277	-5.329.946.629	67.362.003	279.510.380	-3.723.593.630	-384.663.245	-267.649.241
Utilidad total	17.363.049	44.529.344	10.684.259	-1.199.359.371	167.390.351	840.038.129	-4.292.133.321	-5.415.681.960	23.773.661	321.024.010	-3.623.249.448	-283.477.248	-187.946.891

Elaboração própria.

Fonte: *Superintendencia Nacional de Salud*. Ver Anexo para definições técnicas.

Na Tabela 12 observamos, como viemos mostrando, que as receitas das EPS aumentaram, e se multiplicaram mais do que sete (7) vezes entre o ano 2000 e o ano 2012. Mostram um aumento sustentado entre o ano 2000 a 2005, quando caem abruptamente nos anos 2006 e 2007, para aumentar abruptamente no ano de 2009 e continuar crescendo até chegar ao seu máximo histórico em 2012. A queda abrupta nos anos 2006 e 2007 não se compatibilizam com nenhuma mudança radical do financiamento das EPS, nem com possíveis efeitos de crise econômica, e parece ser um artefato da forma de apresentação dos informes, que como dito, não têm explicação técnica.

Os ativos se comportam de maneira similar às receitas, com um aumento líquido de mais de oito (8) vezes seu valor entre 2000 e 2012. Entre os anos 2006 e 2007 também se observa uma queda como no caso das receitas, ainda que de menor proporção. Entre os anos 2000 e 2005, assim como entre 2008 e 2012 se observa um crescimento quase contínuo.

A dinâmica dos investimentos é mais variável e mostra maior instabilidade ao longo do tempo. Observa-se um crescimento líquido de quase seis vezes (5.95 vezes) entre o ano 2000 e o ano 2012. Durante os anos 2000 a 2004 os investimentos mostram uma tendência instável de subidas e descidas. Entre os anos de 2005 e 2009 não se têm dados. O ano 2010 é o ano com maior registro de investimentos, que decrescem progressivamente nos anos 2011 e 2012. A porcentagem representada pelos investimentos, do total de ativos das EPS, foi de 12% para toda a série de dados, ajustado por anos com dados de investimentos. A relação entre investimentos e ativos para o ano com menor registro de investimento, o ano 2005, foi de 4%, e para o ano de maiores investimentos registrados, o ano de 2010, foi de 15%. Este aumento recente dos investimentos pode ser compatível com o aumento das reservas técnicas obrigado pela legislação com o *Decreto 574*, de 2007.

O investimento em ativos de renda fixa são ligeiramente maiores que os investimentos em ativos de renda variável, com uma proporção de 52% do total de investimentos para a série completa de dados. Cabe ressaltar que para os primeiros anos registrados, entre 2000 e 2004, se observa uma alternância entre preponderância de investimentos de renda fixa e renda variável. Já para os últimos três anos da série se observa uma maior estabilidade e uma preponderância dos investimentos de renda fixa.

Chama a atenção a importante participação de investimentos em ativos de renda variável no portfólio de investimentos das EPS. Respeito deste critério, os investimentos das EPS podem ser considerados como de risco meio; risco que involucra todo o sistema de saúde.

Cabe ressaltar que a agregação dos dados impede uma análise mais detalhados sobre o tipo de ativos negociados pelas EPS. Porém, ressaltamos que pela regulação sobre os investimentos das EPS do *Decreto 574*, de 2007, caberia esperar uma tendência de concentração sobre títulos públicos de dívida dentro dos investimentos dos ativos de renda fixa, e uma concentração em acciones de empresas de grupos econômicos nacionais, dentro dos investimentos de renda variável.

A primeira hipótese, se relaciona com o descrito por ARBELÁEZ e ZULUAGA(2001) sobre as tendências de concentração do investimento em títulos de dívida público por parte dos investidores produto da regulação, e como comprovado

nos investimentos gerais do setor financeiro (SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA, 2012). A segunda hipótese, se relaciona com a análise feita da relação entre EPS e Grupos econômicos, da conformação de *Trusts* liderados pelas EPS, da dinâmica de integração vertical, e da limitação para investimentos em ativos nacionais imposta pela regulação, e pelo mercado financeiro relativamente pequeno das empresas nacionais, composto fundamentalmente por um grupo pequeno de GE (ARBELÁEZ, ZULUAGA, 2001; SALAZAR, ZULUAGA, 1998).

Cabe considerar que o crescimento líquido dos investimentos financeiros das EPS faz parte da dinâmica geral de aumento do mercado financeiro, que mostrou a tendência de aumento do valor dos ativos negociados no mercado colombiano, e a tendência de concentração, ou olipolização, do número de empresas nacionais que cotizam em bolsa (Ver figura 27). Neste sentido pode ser afirmado que a gestão financeira das EPS do RC, e em particular dos seus investimentos, ajuda no avanço da financeirização na Colômbia, e que sua dinâmica de olipolização do mercado de seguros de saúde, dialoga com a dinâmica de oligopolização do mercado financeiro, e da economia colombiana em geral.

Figura 27- Ações negociadas como % do PIB; Capitalização no mercado das companhias colombianas que cotizam em bolsa como % do PIB; Número de companhias colombianas que cotizam em bolsa



Nota: Elaboração própria.

Fonte: Banco Mundial. <<http://databank.bancomundial.org/data/views/reports/tableview.aspx>> Acesso em: 14/03/2015.

A figura acima também reitera que a crise financeira mundial de final da década de 2000 não afetou radicalmente o mercado financeiro colombiano. Porém, pode ser observado que dita crise parece ter aprofundado a tendência de oligopolização de empresas que cotizam em bolsa.

Continuando com a análise dos dados da Tabela 12, vemos que o patrimônio das EPS reportado nos informes mostra uma grande instabilidade, e ainda chega a ser negativo em cinco anos, entre 2003 e 2007. Nos primeiros três anos dos registros, entre 2000 e 2002, o patrimônio mostra um aumento progressivo. Entre os anos 2008 a 2010 também se observa uma tendência de crescimento do patrimônio, para depois começar a diminuir nos anos 2011 e 2012.

Os patrimônios negativos entre os anos 2003 e 2007 se explicam pelo reporte de utilidades operacionais negativas nos mesmos anos. Porém, nem para todos os anos com utilidade operacional negativa se registro patrimônio negativo, como pode ser observado nos anos 2010 a 2012. Chama a atenção a diferença entre os valores

das utilidades operacionais quando estas foram reportadas como positivas ou negativas: relativamente pequenas quando positivas, e relativamente grande quando negativas. Assim, se observa que quando os registros de utilidades operacionais foram negativas, se registrou por um valor acumulado trinta e sete (37) vezes superior que quando foram reportadas utilidades positivas.

Esta comprovação poderia alertar para a possibilidade de que os reportes de utilidades negativas tenham sido alterados, como um dos mecanismos ilegais das EPS para pressionar o aumento do valor da UPC. Esta hipótese parece mais plausível se é considerado que o reporte de utilidades e patrimônios negativas não se correlaciona com falências das EPS entre os anos 2003 a 2007, e se deu num contexto de aumento contínuo das receitas e ativos destas instituições.

Também pode ser vista uma relação entre utilidades operacionais negativas e falências de EPS nos anos 2010, 2011 e 2012, mas nesses anos não foi reportado patrimônio negativo. Nesses anos também aumentaram as receitas e ativos, ao par de que aumentou o controle sobre a gestão financeira e de serviços de saúde das seguradoras.

Sobre a utilidade total, cabe ressaltar que está também tem uma dinâmica irregular, mostrando alternativamente registros positivos e negativos. Similar ao observado na utilidade operacional, quando os registros de utilidades totais foram negativas, o valor foi aproximadamente dez vezes superior (10.5) que quando foram reportadas utilidades totais positivas.

Chama a atenção que não em todas as ocasiões que a utilidade operativa foi negativa a utilidade total foi negativa. Isto é explicado pela utilidade não operativa (calculada como utilidade total – utilidade operativa), e que é produzida pelas atividades não finalísticas das EPS, em particular pelos rendimentos dos investimentos. A importância das utilidades não operativas se expressão nos registros dos anos, 2000, 2001, 2004, 2005 e 2009. Desta comprovação pode ser afirmado que as EPS lucram por investimentos não relacionados com sua atividade finalística, e a través da intermediação dos fundos públicos para-fiscais, estes sim de destinação específica.

Sobre o capital social, que é o capital aportado pelos acionistas da empresa, podemos observar uma tendência de crescimento entre os anos 2000 a 2005, com

dois dados fora da tendência nos anos 2006 e 2007, relacionados com a mudança dos critérios de elaboração dos informes financeiros desses anos, e outra fase de crescimento entre 2008 e 2012. O capital social cresceu sete vírgula oito (7,8) vezes entre 2000 e 2012, sendo que o crescimento mais significativo foi entre 2008 e 2012, relacionado com o aumento da regulação que exigiu aumentar o capital social das EPS.

Analisando a alavancagem, compreendida como a utilização de fundos não próprios, sejam ou não de crédito, para investimentos por parte de um ator financeiro, podemos dizer que as EPS são atores muito alavancados. A relação entre o capital social e as receitas, é aproximadamente de 17 a 1 (16.8 a 1); quer dizer, que por cada COP que os capitalistas das EPS investiram, administraram 17 COP de fundos de terceiros, neste caso, fundamentalmente de fundos públicos.

Cabe assinalar também que o valor total dos investimentos realizados pelas EPS é de um vírgula dois (1.2) vezes o valor do capital social para a série completa de dados, ajustado por anos de reporte de investimentos.

Por falta de desagregação de dados do passivo das EPS não foi possível desenvolver uma análise detalhada sobre a alavancagem baseada em dívida comercial.

Para finalizar a análise dos dados da Tabela 12, queremos assinalar a importância que adquiriram o prêmio por colocação de ações na gestão financeira das EPS nos últimos três anos da série estudada. Este prêmio é um pagamento aos acionistas da empresa pela valorização das ações da empresa, ou seja, um repasso de capital aos acionistas. Em seções anteriores enunciávamos a hipótese da saída de capital do mercado de seguros de saúde como resposta à regulação crescente e pela saturação do mercado. Estes dados de transferências crescentes de capital aos acionistas, num momento de crise profunda das EPS onde não se esperaria uma valorização das suas ações, pode ser considerado um indicador indireto que respalde essa hipótese, considerando que o prêmio em colocação de ações seja uma forma de descapitalizar as EPS e permitir a realocação do capital em nichos de mercado mais prometedores.

Passemos agora a análise da gestão financeira de algumas das EPS que revistem especial interesse para esta dissertação: as cinco maiores EPS respeito das

receita (Saludcoop, Coomeva, Famisanar, Salud Total e Cafesalud⁶⁶); e das EPS que faliram das quais temos reportes de balanços financeiros (Confenalco Antioquia, Humana Vivir, Multimédicas Red Salud, e Solsalud). (Ver Tabelas 13 e 14)

Na Tabela 13 observamos os dados financeiros das cinco maiores EPS privadas do RC segundo os informes apresentados à *Superintendencia Nacional de Salud*.

Analisando as receitas das cinco maiores EPS do RC, vemos um aumento de mais do que dez vezes (10.3 vezes) o valor entre 2000 e 2012⁶⁷. O comportamento das receitas para estas EPS é relativamente estável na sua tendência de crescimento, mas mostra decréscimo nos anos de 2006 e 2007. Se ressalta o crescimento acelerado das receitas de Salud Total, que se multiplicaram trinta vezes entre 2000 e 2012. Este crescimento eleva a taxa de crescimento das receitas das 5 maiores EPS respeito do total de EPS do RC.

No caso dos ativos destas EPS, aumentaram mais de oito vezes e meia (8.8 vezes) entre o ano 2000 e ano 2012. Este aumento é ligeiramente maior que o aumento geral dos ativos das EPS, que foi de oito vezes. A tendência dos ativos para estas EPS foi de crescimento contínuo.

⁶⁶ Não se analisa o caso da Nueva EPS por considerar que a trajetória de Cafesalud permite compreender melhor a dinâmica da gestão financeira das EPS do RC.

⁶⁷ Para a EPS Famisanar foi utilizado o dado de 2010 por indisponibilidade do dado de 2012.

Tabela 13- Dados informes financeiros maiores 5 EPS privadas do RC 2000-2012 (Continua)

DADOS INFORMES FINANCEIROS MAIORES 5 EPS PRIVADAS RC 2000-2012														
EPS	Item	Ano												
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Saludcoop	Receita	563.752.922	704.503.208	779.407.917	s.d.	s.d.	1.153.953.156	1.300.537.008	1.519.841.362	1.802.940.411	2.201.351.686	2.383.960.285	2.485.307.744	2.765.710.765
	Ativos	217.129.165	297.028.296	357.965.827	s.d.	s.d.	509.645.819	587.026.061	s.d.	1.020.466.472	1.175.949.222	1.422.917.727	1.243.464.445	1.353.313.318
	Investimentos ¹	9.217.173	56.649.454	77.909.294	s.d.	s.d.	s.d.	132.929.328	s.d.	191.652.935	201.422.264	220.142.465	154.738.452	113.506.382
	de renda fixa ²	766.369	2.443.837	2.355.053	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	27.463.525	11.559.600	10.378.737
	de renda variável ³	7.172.242	53.335.427	1.775.293	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	192.748.960	179.502.003	139.446.195
	Patrimônio	75.035.231	119.823.441	192.347.176	s.d.	s.d.	315.184.363	362.090.316	s.d.	439.020.797	514.145.650	554.711.568	340.977.997	300.973.952
	Capital Social	8.731.538	12.974.620	17.055.780	s.d.	s.d.	66.655.748	66.448.445	s.d.	66.012.683	66.368.535	66.709.531	67.319.848	67.319.848
	Prima em Colocação de ações	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	2.188.227	15.918.858	s.d.	27.287.117	s.d.	-4.571.554	2.718.902	2.422.030
	Utilidade operacional	3.626.320	34.236.137	53.259.083	s.d.	s.d.	25.964.104	49.487.010	38.233.627	80.491.567	98.300.632	-18.197.460	-88.443.834	7.784.280
Utilidade total	1.733.155	32.701.501	10.184.088	s.d.	s.d.	21.243.746	21.953.890	21.479.581	24.092.355	57.192.478	16.489.125	-143.298.272	-11.791.738	
Cooimeva	Receita	269.705.800	373.433.320	459.148.445	552.846.065	696.053.499	924.213.714	-1.139.937.376	-1.327.074.356	1.528.146.779	0	-1.840.941.425	1.933.199.852	2.220.521.157
	Ativos	68.480.336	68.127.104	82.797.344	110.164.065	148.468.321	205.194.240	175.201.489	s.d.	325.660.486	406.242.702	427.209.999	552.242.767	754.521.312
	Investimentos ¹	11.038.412	12.235.364	15.038.731	42.267	42.267	12.531.307	11.845.089	s.d.	24.694.857	41.396.886	33.566.893	12.757.631	8.361.412
	de renda fixa ²	851.829	1.267.800	2.626.428	42.267	42.267	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	9.077.005
	de renda variável ³	10.186.583	10.967.564	12.412.303	12.639.425	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	35.184.789	13.166.317	s.d.
	Patrimônio	11.281.230	14.122.991	16.370.923	28.042.757	35.944.704	11.290.707	-15.233.974	s.d.	78.440.237	116.319.029	111.101.957	120.652.712	104.197.971
	Capital Social	10.703.663	11.513.455	12.301.222	19.863.267	20.703.300	22.888.701	-4.577.740	s.d.	54.576.902	85.077.181	85.119.249	85.119.249	92.130.071
	Prima em Colocação de ações	1.000.000	1.000.000	1.000.000	2.333.333	2.333.333	2.565.366	-2.808.105	s.d.	2.853.235	s.d.	2.333.333	2.333.333	2.333.333
	Utilidade operacional	-40.258	5.861.712	373.420	15.858.779	12.049.332	-21.008.605	-2.278.499.678	-2.649.005.570	9.148.863	s.d.	-3.687.908.321	2.339.293	-19.573.594
Utilidade total	190.554	1.742.408	701.047	3.679.113	7.732.785	-18.513.876	-2.300.368.165	-2.676.870.632	6.369.914	s.d.	-3.720.123.176	s.d.	s.d.	
Famisanar	Receita	147.075.999	167.126.700	193.142.019	229.450.685	270.616.712	334.229.671	414.258.597	500.895.090	618.482.117	770.713.434	809.028.094	870.689.207	944.856.408
	Ativos	36.248.007	40.257.180	43.243.743	51.723.347	58.052.679	65.473.064	75.583.476	s.d.	119.409.134	148.598.816	206.458.417	254.676.457	348.733.873
	Investimentos ¹	3.157.965	11.366.661	8.166.639	4.988.055	6.162.085	6.468.772	6.914.046	s.d.	21	21.000	22.828.360	21.000	21.000
	de renda fixa ²	3.157.965	11.366.661	3.580.147	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.
	de renda variável ³	s.d.	s.d.	4.586.492	5.026.361	6.162.085	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	22.828.360	21.000	21.000
	Patrimônio	4.149.885	5.077.554	6.670.710	8.021.121	9.476.266	10.276.986	12.242.248	s.d.	24.517.917	-1.215.392	39.129.307	43.243.880	58.272.907
	Capital Social	2.500.000	2.500.000	2.500.000	6.229.992	6.229.992	9.017.702	9.017.702	s.d.	9.017.702	14.006.052	52.517.720	52.517.720	52.517.720
	Prima em Colocação de ações	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.
	Utilidade operacional	-301.555	-704.797	349.438	-176.257	-1.782.545	-122.203	-2.588.357	-786.275	4.028.328	-26.425.166	-4.314.575	1.931.532	2.506.990
Utilidade total	280.560	515.561	1.236.087	499.829	601.336	655.150	1.077.908	1.297.547	2.535.343	-26.504.934	790.340	425.708	314.492	

Tabela 14- Dados informes financeiros maiores 5 EPS privadas do RC 2000-2012 (Continuação)

(CONTINUAÇÃO) DADOS INFORMES FINANCIEROS MAIORES 5 EPS PRIVADAS RC 2000-2012														
EPS	Item	Ano												
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Salud Total	Receita	38.736.802	55.157.734	242.890.609	310.673.944	416.568.816	266.980.279	313.962.900	371.534.459	819.225.770	967.834.405	967.195.520	988.141.079	1.082.850.454
	Ativos	35.197.882	57.251.971	68.107.660	74.794.806	89.218.434	122.066.538	157.271.136	s.d.	283.583.403	297.269.570	321.243.029	365.396.570	395.940.429
	Investimentos ¹	2.436.532	12.550.962	14.948.580	14.162.270	19.435.786	54.961.094	60.751.678	s.d.	136.853.080	146.813.722	202.578.186	198.238.511	193.750.454
	de renda fixa ²	33.398	1.582.734	10.933.192	3.200.000	3.200.000	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	187.441.182	184.914.783	180.551.753
	de renda variável ³	2.823.058	11.313.103	3.726.470	10.962.270	20.546.599	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	15.137.004	13.323.728	13.198.701
	Patrimônio	6.417.949	12.743.892	12.412.416	15.612.645	15.552.876	18.422.210	21.373.168	s.d.	44.594.646	50.853.843	46.521.031	63.508.665	65.597.591
	Capital Social	2.604.740	2.860.000	4.644.302	4.644.302	4.644.302	8.148.303	8.148.303	s.d.	13.395.760	14.875.188	9.318.972	9.318.972	9.318.972
	Prima en Colocación de acciones	3.043.505	3.043.505	3.043.505	3.043.507	3.043.507	3.043.505	3.043.505	s.d.	11.539.279	s.d.	19.013.905	19.013.905	19.013.905
	Utilidade operacional	230.637	809.808	3.212.318	8.174.251	12.546.152	624.564	2.055.009	7.820.801	-2.075.938	-19.046.017	-11.005.638	-1.151.932	-6.743.033
	Utilidade total	324.270	1.266.956	3.035.192	5.630.027	8.809.122	3.326.233	5.023.858	11.041.487	10.042.682	5.406.664	2.347.040	12.022.049	5.564.579
Cafesalud	Receita	143.153.263	227.861.757	299.145.549	338.193.022	380.704.178	401.969.043	467.969.782	369.231.218	421.143.202	503.698.053	535.171.922	528.491.809	563.349.457
	Ativos	34.971.527	62.790.894	69.229.317	84.672.664	96.669.428	110.617.823	102.543.654	s.d.	105.505.219	137.700.364	179.513.360	162.052.396	204.237.210
	Investimentos ¹	8.102.923	6.013.958	2.221.853	s.d.	s.d.	s.d.	3.449.855	s.d.	5.862.563	8.235.985	8.668.935	9.052.086	9.118.570
	de renda fixa ²	7.944.424	5.778.845	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	4.737.713	4.711.890
	de renda variável ³	121.000	176.567	1.091.167	4.663.487	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	8.758.520	4.502.539	4.595.021
	Patrimônio	12.949.557	15.873.791	11.528.906	9.124.092	11.863.001	11.327.001	17.120.259	s.d.	23.052.087	24.542.746	26.223.630	2.573.519	-37.344.724
	Capital Social	7.684.555	s.d.	s.d.	9.393.570	9.393.570	13.262.530	13.262.530	s.d.	17.912.530	17.912.530	17.912.530	17.912.530	17.912.530
	Prima en Colocación de acciones	838.897	1.100.547	1.946.964	1.946.964	1.946.964	2.146.103	2.295.233	s.d.	2.342.269	s.d.	1.961.067	1.961.067	1.961.067
	Utilidade operacional	4.387.227	4.696.779	-3.136.170	-6.259.428	9.802.478	2.608.421	765.945	8.659.885	11.225.131	12.238.532	-8.224.899	-36.918.848	-29.983.047
	Utilidade total	2.550.199	2.894.323	-2.822.335	-5.391.222	755.677	4.080.797	1.079.950	1.857.241	1.025.594	1.268.838	s.d.	-24.796.369	-40.230.579

Nota: Elaboração própria.

¹Os investimentos totais não são a somatória de investimentos de renda fixa mais investimentos de renda variável. Os dados apresentados como investimento são apresentados como registrados nos informes. Os dados de investimentos de renda fixa, e investimentos de renda variável foram construídos quando o detalhe dos informes permitiu e na maioria dos casos não refletem a totalidade de investimentos.

² Calculado quando possível pelo detalhe dos informes.

³ Calculado quando possível pelo detalhe dos informes.

Fonte: Superintendencia Nacional de Salud.

Tabela 15- Dados informes financeiros EPS privadas do RC liquidadas (Continua)

DADOS INFORMES FINANCEIROS EPS PRIVADAS DO RC LIQUIDADAS														
EPS	Item	Ano												
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Confenalco Antioquia</i>	Receita	s.d.	82.259.108	s.d.	s.d.	136.084.214	s.d.	249.263.440	-148.464.613	176.119.162	222.002.643	235.802.308	250.701.700	279.733.459
	Ativos	s.d.	18.741.717	s.d.	s.d.	25.991.786	s.d.	39.869.541	s.d.	29.068.037	43.923.266	34.738.247	55.003.905	49.125.122
	Investimentos ¹	s.d.	6.965.011	s.d.	s.d.	3.278.941	s.d.	4.428.316	s.d.	1.515.125	s.d.	s.d.	4.500.000	s.d.
	de renda fixa ²	s.d.	6.965.011	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	4.500.000	s.d.
	de renda variável ³	s.d.	0	s.d.	s.d.	3.278.941	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.
	Patrimônio	s.d.	11.533.739	s.d.	s.d.	10.305.193	s.d.	14.918.382	s.d.	10.320.047	18.359.069	14.978.319	-37.517.588	-79.819.684
	Capital Social	s.d.	5.759.601	s.d.	s.d.	7.162.580	s.d.	13.005.372	s.d.	6.436.631	12.940.051	16.543.252	13.190.667	13.190.667
	Prima em Colocação de ações	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.
	Utilidade operacional	s.d.	3.191.416	s.d.	s.d.	95.276	s.d.	1.241.461	-297.520.609	2.135.041	2.734.602	-4.092.212	-51.099.462	-19.022.820
	Utilidade total	s.d.	3.191.416	s.d.	s.d.	1.053.093	s.d.	2.353.468	-299.738.987	2.003.421	3.591.446	-3.352.584	-52.470.577	-42.773.193
Ingressos	62.263.353	127.778.175	s.d.	s.d.	252.164.590	261.370.103	269.122.953	154.985.345	154.624.976	164.501.973	130.889.532	112.039.584	77.842.894	
<i>Humana Vivir</i>	Receita	21.266.994	48.890.157	s.d.	s.d.	89.118.539	97.726.890	110.875.646	s.d.	49.154.954	100.194.995	89.650.391	102.537.102	106.384.528
	Investimentos ¹	3.799.421	13.929.318	s.d.	s.d.	205.447	18.351.107	468.821	s.d.	415.932	714.813	495.203	621.626	621.626
	de renda fixa ²	19.954	36.974	s.d.	s.d.	205.447	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	67.263	426.688
	de renda variável ³	3.779.467	13.892.344	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	495.203	554.363	194.938
	Patrimônio	4.201.924	8.202.955	s.d.	s.d.	9.528.294	10.144.049	9.668.136	s.d.	6.520.687	7.043.679	7.851.885	-2.295.381	-161.596
	Capital Social	2.510.000	4.000.000	s.d.	s.d.	7.698.029	9.976.470	9.976.470	s.d.	12.488.235	12.488.235	13.488.235	13.488.235	15.443.403
	Prima em Colocação de ações	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.
	Utilidade operacional	957.813	3.669.627	s.d.	s.d.	-1.561.156	560.403	-1.305.087	-285.397	-1.793.160	-3.819.838	2.526.039	-11.717.942	-7.797.199
	Utilidade total	604.771	2.671.647	s.d.	s.d.	-64.579	560.403	-631.032	-488.918	-3.377.407	1.343.930	-2.492.648	-10.147.270	178.619
<i>Multimedicas</i>	Receita	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	28.475	2.556.558	7.437.095	n.a.	n.a.
	Ativos	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	6.732.970	7.046.970	9.048.343	n.a.	n.a.
	Investimentos ¹	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	705	111.606	46.959	n.a.	n.a.
	de renda fixa ²	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	s.d.	s.d.	s.d.	n.a.	n.a.
	de renda variável ³	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	s.d.	s.d.	46.959	n.a.	n.a.
	Patrimônio	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	7.055.167	4.505.614	4.239.869	n.a.	n.a.
	Capital Social	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	7.051.000	11.594.082	14.280.346	n.a.	n.a.
	Prima em Colocação de ações	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	100	s.d.	100	n.a.	n.a.
	Utilidade operacional	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	-1.201.017	-5.842.904	-2.746.750	n.a.	n.a.
	Utilidade total	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	-1.194.995	-5.895.798	s.d.	n.a.	n.a.

Tabela 16- Dados informes financeiros EPS privadas do RC liquidadas (Continuação)

(CONTINUAÇÃO) DADOS INFORMES FINANCEIROS EPS PRIVADAS DO RC LIQUIDADAS														
EPS	Item	Ano												
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Red Salud	Receita	n.a.	n.a.	50.328	s.d.	9.512.784	14.565.315	70.448.398	27.379.611	29.793.537	36.352.753	37.922.984	n.a.	n.a.
	Ativos	n.a.	n.a.	3.097.308	s.d.	7.509.329	8.354.410	13.929.982	s.d.	18.191.843	14.484.142	17.065.257	n.a.	n.a.
	Investimentos ¹	n.a.	n.a.	1.438.998	s.d.	2.444.496	4.174.669	1.877.692	s.d.	2.900	4.588.226	5.995.748	n.a.	n.a.
	de renda fixa ²	n.a.	n.a.	1.438.998	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	5.995.748	n.a.	n.a.
	de renda variável ³	n.a.	n.a.	s.d.	s.d.	2.444.496	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	n.a.	n.a.
	Patrimônio	n.a.	n.a.	2.953.358	s.d.	3.214.166	3.232.853	5.170.936	s.d.	9.587	3.729.296	3.478.835	n.a.	n.a.
	Capital Social	n.a.	n.a.	3.090.000	s.d.	4.260.000	4.488.279	s.d.	s.d.	s.d.	5.338.279	5.338.279	n.a.	n.a.
	Prima em Colocação de ações	n.a.	n.a.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	n.a.	n.a.
	Utilidade operacional	n.a.	n.a.	-273.459	s.d.	-170.184	-548.789	10.198.671	-2.048.101	-2.554.736	-1.616.882	-3.197.833	n.a.	n.a.
	Utilidade total	n.a.	n.a.	-344.075	s.d.	-583.472	-548.789	10.198.671	-2.048.101	-282.886	-1.616.882	-250.457	n.a.	n.a.
Solsalud	Receita	n.a.	77.089.457	151.006.681	175.058.071	214.020.381	269.869.467	-331.189.277	121.883.212	118.512.064	127.009.671	123.153.592	125.596.525	104.781.767
	Ativos	n.a.	31.690.043	58.276.552	50.500.346	64.722.811	70.557.223	96.175.706	s.d.	36.061.515	42.448.482	73.120.913	106.869.758	58.066.324
	Investimentos ¹	n.a.	815.636	867.468	61.318	33.574	5.311.586	9.558.327	s.d.	3.391.879	3.695.652	3.861.945	2.613.716	78.549
	de renda fixa ²	n.a.	57.311	59.339	30.720	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	1.319.840	71.840	44.230
	de renda variável ³	n.a.	731.762	731.763	888.838	1.009.205	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	2.542.105	2.541.876	2.555.467
	Patrimônio	n.a.	5.632.187	7.499.108	7.909.383	18.068.654	20.314.811	-20.908.815	s.d.	6.576.361	9.362.875	10.533.255	8.566.583	-26.375.332
	Capital Social	n.a.	4.557.137	4.849.580	5.610.660	s.d.	17.449.694	-17.449.690	s.d.	12.812.770	16.996.684	24.500.000	24.500.000	24.500.000
	Prima em Colocação de ações	n.a.	441.465	606.724	987.264	987.265	987.264	-987.264	s.d.	745.741	s.d.	745.741	745.741	745.741
	Utilidade operacional	n.a.	649.837	2.251.249	1.202.477	207.369	560.073	-657.620.054	-5.100.790	-2.400.077	-1.928.138	-3.211.154	-595.767	-3.146.150
	Utilidade total	n.a.	225.838	485.489	-1.120.843	210.035	2.246.129	-667.566.294	-6.742.478	-916.694	-2.899.926	-6.527.762	-1.966.670	-38.931.666

Nota: Elaboração própria.

¹Os investimentos totais não são a somatória de investimentos de renda fixa mais investimentos de renda variável. Os dados apresentados como investimento são apresentados como registrados nos informes. Os dados de investimentos de renda fixa, e investimentos de renda variável foram construídos quando o detalhe dos informes permitiu e na maioria dos casos não refletem a totalidade de investimentos.² Calculado quando possível pelo detalhe dos informes.³ Calculado quando possível pelo detalhe dos informes.

Fonte: Superintendencia Nacional de Salud.

Os investimentos das 5 maiores EPS aumentaram em mais de dezoito vezes e media (18.7 vezes) entre 2000 e 2012, muito por acima do crescimento médio para todas as EPS do RC que foi de quase seis vezes (5.95).

Podemos afirmar com estes dados, que para estas EPS o aumento das receitas significou o aumento quase proporcional de ativos, e um aumento significativamente maior do investimento. As receitas foram sendo convertidos progressivamente em ativos e investimentos.

Cabe ressaltar que os investimentos considerados de renda fixa das cinco maiores EPS do RC representaram uma porcentagem de 45%, que é ligeiramente menor (em 7 pontos percentuais menor) que a média do total das EPS. O aumento da porcentagem de investimentos de renda variável, que é de 55% de média para a série de dados, significa que as maiores cinco EPS assumiram maiores riscos na sua gestão financeira do que a média geral das EPS do RC.

Sobre o Capital social das cinco maiores EPS cabe dizer que cresceu oito virgula seis vezes (8.6) entre 2000 e 2012, refletindo a valorização do capital dos acionistas. Este crescimento foi similar à taxa de crescimento dos ativos, e muito inferior à taxa de crescimento dos investimentos.

Analisando a alavancagem das 5 maiores EPS, compreendida como a utilização de fundos não próprios para investimentos por parte de um ator financeiro, sejam ou não de crédito, podemos dizer que por cada COP do capital social, as cinco maiores EPS administram quase vinte e oito COP (27,9 COP) de recursos, a maioria dos quais são públicos. Por cada COP do capital social, as EPS realizaram investimentos por um virgula sete COP. Esses dados mostram que as cinco maiores EPS estão mais alavancadas que a média das EPS do RC.

Sobre as utilidades reportadas pelas cinco maiores EPS privadas do RC, chama muito a atenção o fato de registrar-se perdas operacionais e totais acumuladas enormes para a série de dados. As perdas operacionais acumuladas ascenderam a COP\$ -8.388.735.615 milhões⁶⁸ segundo o registrado pelas seguradoras, enquanto as perdas totais foram de COP\$ -8.643.642.919 milhões⁶⁹.

⁶⁸ Equivalente a USD\$ 3.101,2 bilhões com taxa de câmbio do dia 19/03/2015.

⁶⁹ Equivalente a USD\$ 3.195,4 bilhões com taxa de câmbio do dia 19/03/2015

Estes dois dados sugerem várias coisas. A primeira e mais importante é que, segundo os reportes das EPS, o negócio do seguro em saúde não é rentável. O segundo, que as EPS também estão perdendo dinheiro nas suas atividades não operacionais, ainda que o grosso da perda deriva por sua atividade finalística de gestão de serviços de saúde. Mas provavelmente a inferência mais alarmante destas cifras seja o enorme risco ou iminência de falência das maiores EPS do país.

Contrastam com estas enormes perdas acumuladas o fato de que o valor acumulado dos prêmios por colocação de ações repartida entre os acionistas das EPS na série de dados acendeu a COP\$ 173.573.416 milhões⁷⁰.

A pergunta que queda no ar é o porquê estas EPS não faliram até agora? Cabe lembrar que quatro das cinco maiores EPS privadas do RC foram ou estão sob vigilância especial da *Superintendencia Nacional de Salud* (Ver Tabela 7, e que a maior delas, Saludcoop enfrenta desde faz vários anos múltiplos processos administrativos e judiciários em seu contra por processos irregulares ou francamente ilegais na sua gestão financeira. (SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, 2011ab)

O contraponto destas cifras, são as afirmações de alguns acadêmicos que asseguram que as EPS manipulam seus informes contábeis para desviar suas utilidades a suas redes IPS, ou com outras operações contábeis, tirando a pressão social e a pressão da regulação, que aumento proporcionalmente ao aumento dos seus ganhos. (JARAMILLO, 2013; PELÁEZ, 2011)

Analisando estes registros negativos das utilidades das EPS Peláez (2011) afirma que

Las jugosas utilidades de las aseguradoras no parecen reflejarse en los balances económicos que presentan al Estado. (2011, p. 36)

[...] Creo que todas las EPS tienen por lo menos un 5% de rentabilidad porque de lo contrario ya habrían cerrado. [...] es preciso anotar lo expresado por Luis Eduardo Otero en la revista Dinero 303, "Solo cuando los accionistas están satisfechos, se hace atractiva la empresa para traer capital externo y además se generan recursos suficientes para invertir en su crecimiento" [...] (2011, pp. 88-89)

En 2008 para las seis EPS más grandes la tasa esperada por los accionistas o la perspectiva de rendimiento del patrimonio fue de 16.26%, mientras los

⁷⁰ Equivalente a USD\$ 64,2 bilhões com taxa de câmbio do dia 19/03/2015

otros sectores de la economía reportaron en promedio tasa de 15.36%.(2011, p. 191)

Passemos à análise da gestão financeira das EPS privadas do RC que foram liquidadas⁷¹. Ressaltamos de forma resumida os seguintes pontos:

- O primeiro é que só duas destas EPS, Confenalco Antioquia e Humana Vivir, estiveram ativas durante a série completa de anos analisada, entre 2000 e 2012. De fato estas EPS começaram a funcionar desde 1995 e foram liquidadas antes de 2014. As outras três EPS liquidadas começaram a funcionar depois do ano 2000 e foram liquidadas antes do ano 2012: Multimédicas funcionou entre 2008 e 2012; Red Salud entre 2002 e 2012; e Solsalud entre 2001 e 2012.
- O Aumento das receitas destas EPS durante o período estudado foi muito superior ao aumento geral das EPS do RC. As EPS privadas do RC que faliram aumentaram em 204.9 vezes as suas receitas entre o os primeiros reportes e os últimos reportes. O aumento geral das receitas para o total das EPS do RC foi de 7 vezes. Porém, o acumulado total das receitas destas EPS representou para este período só o 4% do total das receitas das EPS do RC.
- No caso dos ativos, estes aumentaram em 2.3 vezes em média entre o primeiro e o último registro. Frente ao aumento geral de 8 vezes do ativo para o total das EPS do RC no período, este dado sugere que ao contrário da tendência geral, e longe da tendência das cinco maiores EPS privadas do RC, as EPS que faliram não transformaram eficientemente suas receitas em ativos. O acumulado total de ativos destas EPS representou para este período só o 3% do total de receitas das EPS do RC.
- Os investimentos cresceram 18.6 vezes entre o primeiro e o último registro destas EPS. Este crescimento é muito superior ao encontrado na média das EPS do RC, que foi de 5.95 vezes, e muito similar ao

⁷¹ Para as análises de crescimento da receita, ativos, investimentos foram utilizados o primeiro dado disponível e o último dado disponível do período de funcionamento de cada EPS.

crescimento dos investimentos das cinco maiores EPS privadas do RC que foi de 18.7 vezes. O acumulado total de investimentos das EPS privadas do RC que faliram representou para este período só o 3% do total de investimentos das EPS do RC. Estes dados sugerem que as EPS que faliram transformaram de forma mais eficiente as receitas em investimentos, mais do que em ativos, ou seja que os investimentos tinham um peso maior na sua gestão financeira, o que aumentava o risco financeiro destas EPS.

- Respeito do tipo de investimento das EPS que faliram, o predomínio de investimentos acumulados para a série de dados foi de 66% de investimentos de renda variável e 34% de investimentos de renda fixa. Este predomínio dos investimentos de renda variável representa um crescimento importante frente ao 48% registrado da média do total das EPS do RC, e frente ao 55% da média das cinco maiores EPS privadas do RC. Então, não só os investimentos cresceram mais rápido, mas também o risco por tipo de ativos era maior nas EPS que faliram.
- Respeito do patrimônio, é de ressaltar que contrário ao acumulado geral negativo da média das EPS do RC, as EPS que faliram mostraram um acumulado patrimonial positivo, ainda que equivalente só ao 3% do patrimônio acumulado (negativo) do total das EPS do RC.
- O capital social das EPS privadas do RC que faliram aumentou em 3.5 vezes entre seu primeiro e seu último registro, muito por embaixo do aumento do crescimento geral do total das EPS do RC de 7.8 vezes, e do crescimento do capital social das cinco maiores EPS que foi de 8.6 vezes. Ou seja que a gestão financeira das EPS do RC que faliram representou uma menor valorização do capital investido pelos acionistas, mais nunca representou uma desvalorização deste capital. O acumulado total do capital social destas EPS representou para este período só o 5% do total do capital social das EPS do RC.
- A afirmação sobre a menor valorização do capital dos acionistas das EPS que faliram pode ser complementada com o fato de que os prêmios

por colocação de ações dessas EPS representaram só o 2% do total dos prêmios por colocação de ações das EPS do RC.

- Sobre as utilidades é de ressaltar que, como na tendência geral das EPS do RC, as EPS que faliram mostraram importante perdas operacionais. Porém, e contrariamente ao mostrado na tendência geral, estas EPS mostraram utilidade líquido, quer dizer, que lucraram com atividades fora da sua atividade finalística de gestão dos serviços de saúde.
 - Finalmente, a alavancagem das EPS que faliram foi ligeiramente menor que a tendência geral das EPS do RC para a série de dados estudados, mostrando que por cada COP do capital social estas EPS administravam 14.6 COP de receitas, frente aos 16.8 da média geral. O caso dos investimentos é chamativo, já que de fato as EPS que faliram registraram que por cada COP do seu capital social investiam só 0.28 COP, frente aos 1.2 COP da média geral das EPS do RC. Este último indicador mostra que as EPS que faliram de fato utilizaram maiores recursos do capital social para sua atividade de investimento que a média das EPS. O capital social das EPS que faliram representou o 5% do capital social do total das EPS do RC.

Para finalizar a análise dos dados da Tabela 14 queremos arriscar uma explicação sobre os motivos da falência das EPS que analisamos. Cinco fatos chamam nossa atenção para a explicação:

1. Suas receitas e ativos representavam uma parte muito pequena dentro do mercado de seguros de saúde do RC, ainda que o crescimento das receitas foi muito importante.
2. Os investimentos representavam um peso maior na gestão financeira destas EPS do que na média das EPS do RC, e de fato o tipo de investimento carregava maior risco. Porém, esse investimento não estava alavancado em recursos externos da EPS, e podia ser respaldado com o capital social da empresa.
3. O capital social tem um peso maior na gestão financeira destas EPS, sugerindo que elas tiveram que entrar no mercado de seguros de saúde do RC com maior capital.

4. Os lucros totais acumulados foram positivos.
5. A maioria destas EPS entraram na concorrência do mercado de seguros de saúde do RC na década de 2000, quando o oligopólio já estava estruturado.

Com estas considerações podemos levantar a hipótese de que a falência destas EPS se deveu a uma combinação de fatores, entre a posição subordinada no mercado de seguros de saúde do RC, a entrada tardia na concorrência neste mercado, e uma gestão dos investimentos com maiores riscos. Pelo baixo índice de alavancagem e pelas utilidades positivas destas EPS, poderíamos afirmar que foram os dois primeiros fatores os de maior peso na produção da falência: a posição subordinada no mercado e a entrada tardia na competência.

Terminamos aqui nossa análise sobre a dinâmica financeira estrutural das EPS entre 1993 e 2012. Passamos à proposta de periodização.

4.4 **Proposta de periodização da atuação das EPS segundo sua dinâmica financeira estrutural**

Propomos a seguinte periodização para a dinâmica financeira estrutural das EPS:

- **Período de criação e introdução das EPS no sistema de saúde, 1991-1995:** É o período de introdução formal das EPS no sistema de saúde e de sua regulamentação. Começou formalmente com o processo da *Asamblea Nacional Constituyente* de 1991 que orientou a reforma do sistema de saúde e seguridade social, e finalizou com a criação formal das primeiras EPS privadas em 1995.

Neste período a disputa sociopolítica, marcado por barreiras e resistências burocráticas, propiciou um adiamento do começo do funcionamento das EPS.

Também foi um período de transição e desorganização, tanto no setor privado como no aparato governamental, este último sometido a

profundas re-estruturações, que incluíam a descentralização, e que impactaram na criação e início do funcionamento das seguradoras.

- **Período de formação do mercado de seguros de saúde e de instauração das EPS privadas como atores dominantes do sistema de saúde, 1996-2001:** O período começou com a entrada em funcionamento das primeiras EPS privadas em 1996, iniciando a concorrência entre seguradoras públicas e privados, e finalizou com a promulgação da Lei no. 715 de 2001, que se considera a primeira reacomodação legal importante do sistema, e que consolidou o funcionamento do mercado de seguros de saúde.

Neste período se observou a progressiva apropriação das receitas públicas por parte das EPS privadas, e seu crescimento em termos de proporção de população segurada e receitas frente às seguradoras públicas. Começou a expressar-se a tendência ao oligopólio privado do mercado de seguros de saúde.

As seguradoras públicas, foram obrigadas a entrar na concorrência, e progressivamente perderam representatividade dentro do mercado. Neste período se deu a falência de um número importante de seguradoras públicas de ambos regimes, especialmente no Regime Subsidiado.

A crises financeira e a dinâmica da gestão financeira do sistema, atingiram negativamente às seguradoras e especialmente às IPS públicas, que atravessaram uma crise de grandes proporções que concluiu com grandes privatizações dos prestadores de serviços, que entraram a formar parte das redes de serviços integradas às EPS.

A crises financeira se expressou nas EPS privadas através de movimentos de compra e venda de algumas das seguradoras pertencentes aos grupos econômicos, e, provavelmente, em resultados financeiros desacelerados.

Estes processos mostraram a instabilidade intrínseca do mercado de seguros de saúde instaurado, ao tempo que se começaram a mostrar resultados sanitários negativos, como a piora de indicadores de saúde,

o início da judicialização da saúde, e a instauração de barreiras de acesso.

- **Período de consolidação do oligopólio do mercado de seguros de saúde, 2001-2008:** O período começou com a superação do valor em receitas, ativos e população segurada das EPS privadas sobre às seguradoras públicas em 2001. Finalizou com a promulgação, entre 2007 e 2008, das leis e normas que pretenderam regular a atuação financeira dominante das EPS, pressionadas pelas mobilizações sociais e pelo aumento dos gastos em saúde.

Neste período se consolidou a posição dominante de um grupo muito pequeno de EPS privadas no mercado de seguros de saúde, em particular das EPS de ACEMI, em termos de concentração de receitas, ativos e segurados. Se estabeleceram comportamentos de *Cartels* e *Trusts* por parte destas, e se consolidaram comportamentos anticompetitivos, fraudulentos e ilegais, como *normas* na gestão dos serviços de saúde e na gestão financeira das EPS. Durante este período a regulação estatal sobre as EPS foi mínima.

Consolidaram-se processos como: a falência e quase desaparecimento das seguradoras públicas do; a privatização e integração vertical dos prestadores de serviços de saúde públicos; o aceleração de mecanismos irregulares e francamente ilegais por parte das EPS privadas para aumentar suas receitas e lucros; a transformação crescente de receitas em ativos, investimentos e capital para os acionistas das EPS; a transferência do risco da gestão dos serviços de saúde para as IPS; a transferência das condições subordinadas no mercado das IPS às relações trabalhistas com os trabalhadores do campo da saúde; e a judicialização da saúde.

Também se observou o avanço da organização do movimento social na saúde e o aumento da mobilização social.

- **Período de aumento da regulação sobre a atuação das EPS, crises e falência das EPS privadas, 2009-2015:** O período começou com as maiores mobilizações sociais já registradas no campo da saúde na

Colômbia, em 2009, e que expressavam o momento de maiores contradições e disputa entre projetos de re-acomodação vs. reforma radical do modelo de seguros de saúde do sistema da saúde na Colômbia.

A dinâmica da mobilização e o aumento dos gastos em saúde, pressionaram a promulgação de novas regulações sobre a atuação das EPS, que claramente pretendiam limitar a atuação dominante das EPS privadas no sistema. Entre estas se contam o o Decreto no. 1.011 de 2006, que estabeleceu o sistema obrigatório de garantia de qualidade, o Decreto no. 574, de 2007, que regulamentou a administração patrimonial e financeira das EPS, e a Sentença T-760 de 2008 da Corte Constitucional que declarou a saúde direito fundamental.

O período não tem tido um final identificável até agora [03/2015], sendo que o risco de falência continua pesando sobre um setor muito grande das EPS privadas do sistema.

Neste período observou-se o aumento das ações efetivas de controle da gestão financeira e da gestão financeira dos serviços de saúde por parte dos organismos públicos, expresso no aumento das auditorias, informes, e medidas administrativas e legais contra as EPS, que buscavam garantir o acesso aos serviços de saúde da população, que continuou pressionando através das mobilizações, da judicialização da saúde, e da elaboração de propostas de reformas superadoras do modelo de mercado e lucro na saúde.

Neste período as EPS privadas sistematicamente reportaram balanços financeiros negativos, com perdas operacionais e totais muito grandes, e um setor importante delas faliu, foi intervindo ou foi estabelecida uma vigilância especial por parte da *Superintendencia Nacional de Salud*.

Contudo, os motivos financeiros da crise e falência das EPS não tem sido completamente determinados, dada a fraqueza técnica da maioria das informações históricas disponíveis da gestão financeira destas. O certo, é que os balanços financeiros negativos apresentados pelas EPS

privadas são inconsequentes respeito das tendências históricas de receitas, ativos, investimentos, e prêmio por colocação de ações.

Enquanto isso, o oligopólio do mercado de seguros e prestadores privados de saúde segue vigente.

A disputa entre a continuidade e a reforma radical do sistema de saúde colombiano também.

Esta proposta de periodização organizada em base à dinâmica financeira estrutural das EPS pretende ser uma ferramenta conceitual para as análises do sistema de saúde colombiano. Porém, compreende-se a limitação conceitual de toda periodização, respeito, por exemplo, da formalidade dos seus limites, que na realidade tendem a misturar-se, e dos critérios para sua formulação, que podem não considerar todas as dimensões do sistema de saúde. Contudo, defendemos que esta periodização pode ser um elemento valioso para a crítica superadora do sistema de saúde mercantil na Colômbia.

CONCLUSÕES

Esta dissertação abordou o estudo da dinâmica financeira estrutural das EPS no sistema de saúde colombiano, partindo do reconhecimento destas seguradoras como o ator central e dominante do sistema, baseados na análise de diversas fontes.

Dialogando com as sínteses críticas do movimento social em saúde, que continua procurando a construção de modelos superadores do mercado de seguros de saúde, chegamos à crítica da função de intermediação financeira das EPS.

Esta crítica foi considerada incompleta, por estar centrada na função de gestão de serviços de saúde e a denúncia das barreiras de acesso que levantaram as EPS, sem entrar na análise profunda da gestão financeira destas. Este último elemento foi considerado chave para uma análise crítica radical da intermediação financeira e foi abordado com detalhe nesta dissertação.

Utilizamos a categoria de dupla determinação para realizar a análise e apresentar os resultados da pesquisa sobre a dinâmica financeira estrutural das EPS. Esta categoria se apresentou fraccionada em duas partes: a determinação da dinâmica política, econômica e social na criação e funcionamento das EPS, que foi denominada *determinação do estruturado nas EPS*; e a determinação da atuação das EPS sobre o funcionamento e estrutura do sistema de saúde e do próprio sistema econômico e político, que foi denominado *determinação estruturante das EPS*.

A respeito da *determinação do estruturado nas EPS* concluímos:

- Afirmamos que a própria existência das EPS, tal e como foram instauradas na metade da década de 1990, dependeu do processo de financeirização global, e de sua expressão na saúde, na medida em que foram as forças políticas, econômicas e ideológicas desta, as que agenciaram o projeto de reforma sanitária dentro do projeto globalizador de orientação neoliberal.

- Foi demonstrado a relação dos autores das teorias neoclássicas em saúde que estruturaram os modelos de MCo e MCo com as lideranças ideológicas da reforma na Colômbia, e a subsequente identidade teórica profunda do modelo do Pluralismo Estruturado com essas.
- As “recomendações” do *Consenso de Washington* tiveram um enorme impacto no setor saúde na Colômbia, transformando o campo da saúde num novo nicho de reprodução ampliada do capital financeiro com a criação do mercado obrigatório de seguros de saúde. (GIRALDO, 2007; HERNÁNDEZ ET AL, 2012)
- Os processos concretos que determinaram a criação e o funcionamento das EPS, considerados parte do processo de financeirização e ajuste estrutural, e contidos no *Consenso de Washington*, foram: a liberalização comercial e a liberalização financeira que permitiu a participação de capital transnacional e de IED nas EPS e IPS; a extensa privatização do mercado de saúde, no componente de seguros e de prestadores de serviços; a crescente flexibilização e terceirização das relações trabalhistas; e a defesa férrea dos direitos de propriedade do capital no sistema de saúde, expressado na defesa corporativa das EPS. (BRAGA, 1997; GIRALDO, 2007)
- Outro mecanismo geral da financeirização que foi observado na dinâmica das EPS, foi a tendência a conformação de conglomerados de serviços, de *Trusts* articulados pelas seguradoras de saúde.
- Afirmamos que a oligopolização do mercado de saúde teve uma intrínseca relação com a oligopolização do mercado financeiro colombiano e mundial.
- Afirmamos que as EPS conformaram verdadeiros *Cartels* que subordinaram a todos os atores do sistema de saúde, incluindo o próprio Estado.
- A respeito da adesão à *Agenda Internacional de Reforma dos Sistemas de Saúde*, afirmamos que a Colômbia seguiu muito de perto quase todas as recomendações. (ALMEIDA, 2005; GIRALDO, 2007; HERNANDEZ ET AL, 2012; TORRES, 2011)

- Entre as recomendações explícitas da Agenda que se aplicaram na Colômbia se contam: aplicação de co-pagamentos por parte dos usuários de serviços de saúde; incentivos para o desenvolvimento de seguros de saúde; fortalecimento da prestação privada dos serviços de saúde; descentralização dos serviços de saúde; aplicação de políticas de focalização dos beneficiários de serviços públicos de saúde; a separação conceitual, e portanto a separação do financiamento, dos bens públicos e privados de saúde; empréstimos internacionais para a aplicação da reforma sanitária; estabelecimento de padrões de custo-efetividade econométricos para a prestação dos serviços de saúde; estabelecimento de pacotes mínimos de serviços; articulação da focalização dos serviços de saúde com a focalização da assistência social; articulação de todas as políticas sociais sob a orientação do *Manejo Social do Risco*; o estabelecimento da *Cobertura Universal em Saúde* como parâmetro de equidade e modelo de sistema de saúde. (ALMEIDA, 2005; GIRALDO, 2007; HERNANDEZ ET AL, 2012; TORRES, 2011)
- Confirmamos que a Colômbia tem sido um verdadeiro laboratório das reformas neoliberais em saúde. A preocupação por difundir uma análise crítica do caso da reforma sanitária colombiana, passa pelo reconhecimento de que essa experiência intenta ser mostrada como altamente exitosa, e desejável de ser repetida por outros países periféricos, pelos mesmos organismos financeiros multilaterais e de saúde que construíram a *Agenda*, e produziram o desastre do sistema colombiano.
- Afirmamos que para ao bloco hegemônico no poder, a reforma sanitária tratou-se mais de um problema financeiro do que um problema sanitário, e por isto o objetivo primário da reforma foi a disponibilização de novos recursos e a abertura de novos mercados, mais do que resolver problemas sanitários. O problema do gasto crescente em saúde, como percebido pelo interesse do capital financeiro e pela análise neoliberal, era *o como* estavam-se gastando os recursos públicos em saúde, e não *o quanto*.

- Foi ressaltado que o valor apropriado pelos acionistas das EPS produto da valorização dos ativos, e que registramos como “prêmios por colocação de ações”, foi similar à apropriação de grandes porções de valor pelos executivos dos conglomerados financeiros nas transações de ativos especulativas que terminaram produzindo as grandes crises globais.
- Tanto os acionistas das EPS, quanto os acionistas dos conglomerados financeiros, continuaram maiormente incólumes e impunes depois das crises, e muito mais capitalizados, transferindo as consequências das suas atuações sobre a população subalternizada e explorada. Parece ser que tanto para os acionistas das EPS, quanto para os executivos dos conglomerados financeiros, a possibilidade do colapso do sistema capitalista mundial, das economias nacionais, ou do sistema de saúde, implícito no risco financeiro da sua atuação, está justificado pelo lucro obtido. Para estes, o sofrimento e morte humana que implicam as crises, faz parte dos riscos dum mercado saudável. (MORRIS, 2009)
- Se levantou a hipótese de que o prêmio em colocação de ações seja uma forma de descapitalizar as EPS e de permitir a realocação do capital em nichos de mercado mais prometedores. Esta realocação mostra a posição dominante dos acionistas do capital financeiros no sistema de saúde, expresso em sua fluidez e mobilidade, e na possibilidade de escolher os mercados nos que investir. (ARRIGHI, 1994)

A respeito da *determinação estruturante das EPS* concluímos:

- As EPS participaram do processo de reprodução do regime financeiro na Colômbia através de sua participação na negociação de ativos financeiros, que aumentou em valor durante todo o período estudado. Estas negociações incluíram ativos com um risco elevado implícito, como ativos securitizados. (MORRIS, 2009)

- Comprovou-se o investimento em ativos securitizados e em títulos de dívida pública por parte das EPS através dos informes financeiros dos anos 2011 a 2014, mas pelo período de estudo desta dissertação, nem sua dinâmica, nem sua magnitude foram analisados profundamente.
- Considerando a dinâmica de investimento dos seguros gerais a dinâmica geral do mercado financeiro colombiano, afirmamos que é muito provável que uma parte importante dos investimentos das EPS sejam em títulos de dívida pública. Isto estaria fortalecendo a tendência de endogenização da dívida pública observada globalmente. (BRAGA, 1997)
- A compra de dívida pública por parte das EPS e do FOSYGA com utilização de recursos públicos, mostra a crescente garantia e obrigação do Estado colombiano para com o capital financeiro. O orçamento colombiano dedica mais da metade da receita para o pago da dívida e juros da dívida, ao tempo que financia agentes financeiros com recursos públicos, que não só lucram por suas funções finalísticas, mas que lucram comprando títulos de dívida que rendem juros.
- Uma das conclusões desta dissertação é a necessidade de continuar o levantamento de fontes de informação que permitam uma análise histórica detalhada do portfólio de investimentos das EPS, e que permitam uma compreensão mais profunda da gestão financeira destas.
- Comprovamos que na medida em que as empresas de seguros de saúde privados viraram hegemônicas no sistema de saúde colombiano, e sendo dependentes da lógica financeira, todo o sistema ficou mais instável e fraco, como demonstrado pelas múltiplas falências das EPS do setor.
- Afirmamos que a constituição das EPS como ator dominante no sistema de saúde, expressada na consolidação do oligopólio de seguros de saúde, subordinou as IPS, os trabalhadores de saúde, e

aos próprios organismos de controle do Estado ao interesse do capital financeiro no campo da saúde.

- Afirmamos que a dominação das EPS no sistema de saúde passou pelo estabelecimento de condições de contratação com as IPS que lhes repassaram o risco financeiro do sistema. Também significou o aumento do gasto em intermediação e investimentos, e a diminuição dos gastos em serviços de saúde.
- Se bem que as falências das EPS públicas foram as mais representativas tanto no RC, quanto no RS, a tendência de crises financeira, intervenções e falências das EPS privadas, incluindo as EPS oligopólicas, demonstra a instabilidade estrutural do modelo de mercado de seguros de saúde, do *Pluralismo Estructurado* e do *Managed Care*.
- Reafirmamos que o exposto por Granemann (2013) para as entidades previdenciárias privadas aplica para as EPS privadas, sendo que os trabalhadores que entraram no circuito de extração de lucro dos agentes financeiros de intermediação nas políticas sociais, não só se viram expropriados de uma parte de seus salários diretos e indiretos para o pagamento destes agentes, mas também, com os mesmos recursos, patrocinaram novos ciclos de investimentos financeiros que terminaram por lhes afetar ainda mais, via flexibilização laboral, diminuição salarial, aumento do desemprego, etc.
- Como foi observado nesta dissertação, a literatura de análise sobre a reforma sanitária colombiana é significativa, e já construiu algumas sínteses fundamentais para a compreensão do processo. A utilização de fontes primárias para a análise sociopolítico dos processos de reforma, que permitiram localizar as diferentes posições e interesses dos atores envolvidos, foi fundamental para os trabalhos mais representativos do capitulo. Contudo, afirmamos que a análise sobre algumas das normas de regulação financeira das EPS promulgadas depois de 2007 não têm sido objeto de atenção da academia

colombiana, e precisam ser melhor analisados, em relação à dinâmica financeira das EPS, da mobilização social, e da crise geral do sistema de saúde colombiano.

- Comprovamos a utilização estrutural de mecanismos irregulares e/ou francamente ilegais por parte das EPS para o aumento das suas receitas e lucros.
- Comprovamos que as EPS pressionaram continuamente para o aumento do gasto em saúde, em muitos casos por meios ilegais, e que modificaram o funcionamento dos principais elementos de regulação do sistema de saúde colombiano.
- Afirmamos que a UPC cresceu continuamente baseada na premissa dos custos cada vez maiores dos serviços prestados pelas EPS, que contrastava com a diminuição real que se comprovou da destinação das receitas do sistema no gasto de serviços de saúde, e com a falsificação ilegal dos informes financeiros das EPS que pretendiam inflar os gastos em serviços.
- Afirmamos que a prestação de serviços do POS foi limitada pelas barreiras de acesso, e parte dos serviços incluídos neste foram recobrados ao Estado por meio de mecanismos irregulares e/ou ilegais das EPS, e em muitas ocasiões com elevações falsificadas dos preços.
- Afirmamos que o FOSYGA foi progressivamente pressionado pelas EPS, que aumentaram durante toda a década de 2000 os *recobros* por serviços a través de mecanismos que incluíram processos irregulares e/ou francamente ilegais.
- Por sua vez, os atores que resistiram a reforma também conseguiram algumas modificações dos elementos de regulação do sistema. As mais importantes foram: o reconhecimento da saúde como direito fundamental; a igualação do POS entre o RC e o RS; e o aumento da regulação financeira sobre as EPS.

- Comprovou-se a progressiva transformação das receitas das EPS em ativos, investimentos, e valorização do capital dos acionistas.
- Comprovamos que as EPS mantem um portfólio de investimento de risco médio-elevado, baseado numa alta alavancagem da proporção receitas/capital social.
- Comprovou-se que as EPS lucraram por investimentos não relacionados com sua atividade finalística, e através da utilização dos fundos públicos. As maiores EPS realizaram maiores investimentos respeito dos seus ativos, e com maior risco respeito da média das EPS.
- Em contraste, as EPS que faliram mostraram uma menor capacidade de transformar as receitas em ativos e eram menos alavancadas. Ainda que seus investimentos cresceram mais rápido do que os seus ativos, e seus investimentos foram os de maior risco encontrado, estes eram respaldado em maior medida pelo capital dos acionistas. A gestão financeira das EPS do RC que faliram representou uma menor valorização do capital investido pelos acionistas, e utilidades totais positivas.
- Foi levantada a hipótese de que a falência das EPS privadas do RC depois do 2010 se deveu a uma combinação de fatores, entre a posição subordinada no mercado de seguros de saúde do RC, a entrada tardia na concorrência neste mercado, e uma gestão dos investimentos com maiores riscos. Pelo baixo índice de alavancagem e pelas utilidades positivas destas EPS, afirmamos que foram os dois primeiros fatores os de maior peso na produção da falência: a posição subordinada no mercado e a entrada tardia na competência.
- Afirmamos que os motivos financeiros da crise e falência das EPS não têm sido completamente determinados, dada a fraqueza técnica da maioria das informações históricas disponíveis da gestão financeira destas. Mostramos que o certo é que os balanços financeiros negativos apresentados pelas EPS privadas são

inconsequentes respeito das tendências históricas de receitas, ativos, investimentos, o prêmio por colocação de ações.

- Assinalamos que a pesar do avanço da mobilização social e da construção de propostas de sistemas de saúde e seguridade social superadores do modelo mercantil, e ainda do aumento das regulações sobre as EPS, o oligopólio do mercado de seguros e prestadores privados de saúde segue vigente. Por isto, a disputa entre a continuidade e a reforma radical do sistema de saúde colombiano também.
- Afirmamos que é necessário continuar o estudo crítico da dinâmica financeira estrutural das EPS, em particular dos motivos das suas falências.
- Defendemos a periodização da dinâmica financeira estrutural das EPS proposta como uma ferramenta útil para a análise crítica do sistema de saúde colombiana.

Finalmente queremos expressar que consideramos cumpridos os objetivos traçados no protocolo de pesquisa desta dissertação, e esperamos que este trabalho participe da construção do novo modelo de sistema de saúde na Colômbia, público, universal, e estatal.

REFERÊNCIAS

- ABADÍA, C.; OVIEDO, D. (2010) Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, v. 9, n. 18, p. 86-102, ene/jun, 2010.
- ALMEIDA, C. (1999) Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999.
- ALMEIDA, C. (2005) Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe: conceptos, agenda, modelos, y algunos resultados de implementación. *Rev Gerencia y Políticas de Salud*, v. 4, n. 9, 2005.
- ALMEIDA, C. (2006) Reforma del sector salud en América Latina y el Caribe: el papel de los Organismos internacionales al formula las agendas y al implantar las políticas. *Bienestar y Política Social*, v. 2, n. 1, p. 135-175, 2006.
- ARBELÁEZ, M., ZULUAGA, S. (2011) *Las aseguradoras y el régimen de inversión*. Bogotá: Ed. Fedesarrollo, 2011.
- ARRIGHI, G. (1994) *Longo século XX: dinheiro, poder e as origens do nosso tempo*. São Paulo: Unesp, 1994.
- BANCO MUNDIAL. (1987) *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*. Washington, 1987.
- BANCO MUNDIAL. (1993) *Investing in Health*. New York: Oxford University Press, 1993.
- BAER, M.; LICHTENSZTEJN, S. (1989) Fondo Monetario Internacional y Banco Mundial. Uruguay: Estrategia y Políticas del Poder Financiero, 1989.
- BARÓN, G. (2007) Cuentas de salud en Colombia 1993-2003. El gasto nacional en salud y su financiamiento. Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Departamento de Planeación Nacional. Bogotá, Colombia, 2007.
- BEHRING, E. (2013) Rotação de capital e crise: fundamentos para compreender o fundo público e a política social. In: SALVADOR, E. *et al.* (Orgs.). *Financeirização, fundo público e política social*. São Paulo: Editora Cortez, 2013. p. 153-180.
- BELLUZO, L. G. M. (1997) Dinheiro e as transfigurações da riqueza. In: TAVARES, M.; FIORI, J. (Org.). *Poder e dinheiro: uma economia política da globalização*. Petrópolis: Vozes, 1997.
- BELLUZO, L. G. M. (2009) Prefácio. In: MORRIS C. R. *O crash de 2008: dinheiro fácil, apostas arriscadas e o colapso global do crédito*. São Paulo: Aracati, 2009.
- BJORKMAN, J. W. (2009) Health sector reforms in comparative perspective: an unending quest ... or chasing a chimera. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, June 2009 .
- BORRERO, Y. (2013) *Luchas por la salud en Colombia 1994-2011: Hacia la construcción de un Movimiento Nacional por la Salud*. 2013. Tesis (Doctorado em Salud Pública) - Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, junio, 2013.

BORRERO-RAMÍREZ, Y. E; ECHEVERRY-LÓPEZ M. E. (2014) Balance de la investigación nacional sobre acción colectiva y movimientos sociales por la salud en Colombia. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, Bogotá (Colombia), v. 13, n.26, p. 76-89, ene/jun, 2014.

BRAGA, J. C. (1997) Financeirização global. O padrão sistêmico de riqueza do capitalismo contemporâneo. In: TAVARES, M.; FIORI, J. (Org.). *Poder e dinheiro: uma economia política da globalização*. Petropólis: Vozes, 1997.

BREILH, J. (2003) *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.

BREILH, J. (2010) Integración de la epidemiología a una política emancipadora. In: *Epidemiología, economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud*. 7. ed. Quito Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar/ Corporación Editora Nacional, 2010. p. 193-208.

BREILH, J. (2010a) Las tres 'S' de la determinación de la vida 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: NOGUEIRA, R. P. *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, 2010. p. 87-125.

BREILH, J. (2011) La subversión del buen vivir (rebeldía esclarecida para el siglo XXI: una perspectiva crítica de la obra de Bolívar Echeverría). *Salud colectiva*, Lanús, v. 7, n. 3, p. 389-397, dez. 2011.

BRETAS, T. (2013) Dívida pública: uma varinha de condão sobre os recursos do fundo público. In: SALVADOR, E. *et al.* (Orgs.). *Financeirização, fundo público e política social*. São Paulo: Editora Cortez, 2013. p. 93-120.

CALLINICOS, T. (2010) Introduction: How the world changed in 2008. In: *Bonfire of illusions. The twin crises of the liberal world*. Cambridge: Polity Press, 2010.

COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA. (1990) Ley 10, 10/01/1990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: 1990.

COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA. (1993) Ley 100, 23/12/1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: 1993.

COLOMBIA, CORTE CONSTITUCIONAL. (2008) Sentencia No. T-760. Bogotá: 2008.

COLOMBIA, PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA (2007) Decreto 547 de 16/05/2007. Por el cual se definen y adoptan las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Único de Habilitación de Entidades Promotoras de Salud del régimen Contributivo y Entidades Adaptadas.

CONTRALORIA GENERAL DE LA NACIÓN. (2015) Informe actuación especial. Saludvida Empresa Promotora de Salud –EPS- vigencias 2007-2012, 2012. Disponible em: <<http://pt.scribd.com/doc/137085765/Saludvida-Empresa-Promotora-de-Salud-Eps-2007-2012#scribd>> . Acesso em: 16/02/2015.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO, (2010) Tutela y el derecho a la salud. Bogotá.

EL TIEMPO, (2012) Alistan 20 órdenes de captura por fraude a la salud. Publicado el 30/10/2012. Disponível em: <<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12343962>> Acesso em: 19/03/2015.

ENTHOVEN, A. (1993) The History and Principles of Managed Competition. *HEALTH AFFAIRS*, v. 12, supl. 1, p. 25-48, 1993.

ENTHOVEN, A. (1998) Managed Competition: an agenda for action. *HEALTH AFFAIRS*, v. 7, n. 3, p. 25-47, 1998.

ENTHOVEN, A. (2005) The U.S. Experience with Managed Care and Managed Competition. In: *The U.S. Care system under Managed Care: A Case Study*, 2005. pp. 98-117. Disponível em: <<https://www.bostonfed.org/economic/conf/conf50/conf50d.pdf>> Acesso em: 16 fev. 2015.

ESPING-ANDERSEN, G. (1991) As três economias políticas do welfare state. *Lua Nova*, São Paulo, n. 24, p. 85-116, set. 1991.

FERNÁNDEZ, A. (2003) Reformas estructurales, impacto macroeconômico y política monetaria en Colombia. *Desarrollo y Sociedad*, n. 51, p.55-128, mar. 2003.

FRANÇA, J. R. M.; COSTA, N. R. (2011) A dinâmica da vinculação de recursos para a saúde no Brasil: 1995 a 2004. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 241-257, jan. 2011.

GERSCHMAN, S. (1999) Las reformas del Estado, de las políticas sociales y de salud: Un balance del final del milenio. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 293-302, abr. 1999.

GIRALDO C. (2007) *Protección o desprotección social*. Bogotá: Desde Abajo, Fundación CESDE, Centro de Estudios Escuela para el Desarrollo, Universidad Nacional, 2007. 209 p.

GONÇALVES, R. (1991) Grupos econômicos: uma análise conceitual e teórica. *R. Bras. Econ.*, Rio de Janeiro, v. 45, n.4, p. 491-518, out./dez. 1991.

GRANEMANN, S. (2013) Fundos de pensão e a metamorfose do “salário em capital”. In: SALVADOR, E. et al. (Orgs.). *Financeirização, fundo público e política social*. São Paulo: Editora Cortez, 2013. p. 243-260.

GORBANEFF, Y.; TORRES, S.; CONTRERAS, N. (2008) Fuentes de poder de las aseguradoras frente a las prestadoras hospitalarias en el sistema de salud colombiano. El caso de la concentración industrial*. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, Bogotá, v.7, n.14, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272008000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 /02/2015.

HARVEY, D. (2007) *El nuevo Imperialismo*. Madrid: Akal, 2007.

HERNÁNDEZ, M. (2003) Neoliberalismo en salud: desarrollos, supuestos y alternativas. In: RESTREPO D.I, et al. *La falacia neoliberal. Crítica y alternativas*. Bogotá: Vicerrectoría Académica y Sede Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2003. p. 347-361.

HERNÁNDEZ, M. (2008) *La salud fragmentada en Colombia, 1910-1946*. Bogotá: Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 2008.

HERNÁNDEZ, M.; ESLAVA, J. C.; HENAO, L.; VEJA, M.; ARRUBLA, D.; RODRÍGUEZ, J. D.; et al. (2012) LAS REFORMAS DEL SECTOR SALUD EN BRASIL, MÉXICO Y COLOMBIA, 1980-2010. UNA COMPARACIÓN HISTORICA SOCIOPOLÍTICA. (Informe final de investigación inédito) Centro de Historia de la Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 2012.

HERNÁNDEZ M., OBREGÓN D, MIRANDA N, GARCÍA C. M, ESLAVA J. C, VEGA R, HERNÁNDEZ J, VEGA M, VILLAMIZAR C. V, BARBOSA D. M. (2002) *La Organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano: cien años de historia. 1902-2002*. Bogotá: OPS/OMS, 2002.

HOLZMANN, R.; JØRGENSEN, S. (2000) *Manejo Social del Riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá*. Ver. *Fac. Nac. Salud Pública*; v. 21(1): pp. 73-106, 2003.

HOMEDES, N.; UGALDE, A. (2005) *Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso*. *Rev. Panam. Salud Publica/Pan. Am. J. Public Health*, v. 17, n. 3, p. 210-220, 2005.

IRIART, C.; MERHY, E. E; WAITZKIN, H. (1999) *Managed care in Latin America: the new common sense in health policy reform*. Informe final projeto de pesquisa "Managed Care in Latin America: Its Role in Health System Reform." Financiado pela Organização Mundial da Saúde, 1999.

IRIART, C.; MERHY, E. E.; WAITZKIN, H. (2000) La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 95-105, jan. 2000.

IRIART, C. (2008) Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1619-1626, out. 2008.

JARAMILLO, I. (2013) *Las EPS que no queremos - ¿El fin de las EPS?* Razón Pública, Bogotá, 25/02/2013. Categoría Economía y Sociedad. Disponible em: <<http://www.razonpublica.com/index.php/econom-y-sociedad-temas-29/3582-las-eps-que-no-queremos-i-el-fin-de-las-eps.html>>. Acesso em: 06 fev. 2015.

KALMANOVITZ, S. (2010) *Nueva Historia Económica de Colombia*. Taurus, Bogotá D.C: Taurus, 2010.

LENIN, V.I. (1975) *Imperialismo fase superior del capitalismo*. Pekín, Ediciones en lenguas extranjeras, 1975.

LEÓN, J. (2015) *El "consenso de ACEMP": el acuerdo de las EPS para negar servicios de salud*. La Silla Vacía, 01 maio 2011. Disponible em: <<http://lasillavacia.com/historia/el-consenso-de-acemi-el-acuerdo-de-las-eps-para-negar-servicios-de-salud-23528>>. Acesso em: 06/02/2015.

LONDOÑO, J. L.; FRENK, J. (1997) *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Documento de Trabajo 353. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo, Oficina del Economista Jefe, 1997.

LONDOÑO, J. L. (2001) *Managing Competition in the Tropics: Health Care Reform in Colombia*. In: MOLINA C. G, NÚÑEZDEL ARCO J. (Eds.) *Health Services in Latin America and Asia*. Washington DC: Inter-American Development Bank, 2001.

- MALDONADO, A. (2010) *La evolución del crecimiento industrial y transformación productiva en Colombia 1970-2005: Patrones y determinantes*. Tesis (Maestría en Ciencia Económicas) - Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C, oct, 2010.
- MARTÍNEZ, G. (2008) *Anatomía de los ciclos económicos en Colombia 1970-2007*. Bogotá: Banco de la República, 2008. (Serie Borradores de economía, 496).
- MELO, L.; RAMOS, J. (2010) *Algunos aspectos fiscales y financieros del sistema de salud en Colombia*. Bogotá: Banco de la República, 2010. (Serie Borradores de economía, 624).
- MINAYO, C (Org.); FERREIRA, S.; CRUZ, O.; GOMES, R. (2004) *Investigación social: teoría, método y creatividad*. Buenos Aires, Lugar, 2004.
- MINISTERIO DE SALUD. (2014) *Cifras financieras del sector salud. Gasto en salud de Colombia: 2004-2011*. Boletín bimestral No 2, enero-febrero, Bogotá 2014.
- MINISTERIO DE SALUD. (2013) *Cifras financieras del sector salud. Fuentes y usos de los recursos de Seguridad Social en Salud (SGSSS)*. Boletín bimestral No 1, noviembre-diciembre, Bogotá, 2013.
- MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL (2008) Resolución número 1740 de 20/05/2008. Bogotá.
- MISAS, G. (2002) *La ruptura de los 90: del gradualismo al colapso*. Bogotá: Ed. Universidad Nacional de Colombia, 2002.
- MORRIS, C. (2009) *O crash de 2008: dinheiro fácil, apostas arriscadas e o colapso global do crédito*. São Paulo: Ed. Aracati, 2009.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informe sobre la salud en el mundo: mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, 2000.
- PELÁEZ, J. (2011) *El negocio de la salud: una ecuación desigual*. Medellín [Colombia]: Contraloría General de Medellín, 2011.
- PORTO, M. F. S; ROCHA, D. F.; FINAMORE, R. (2014) *Saúde coletiva, território e conflitos ambientais: bases para um enfoque socioambiental crítico*. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4071-4080, oct. 2014.
- RELMAN, A. (1981) [1980]. *El Nuevo Complejo Médico Industrial*. *Cuadernos Médico Sociales*. n. 18, oct. 1981.
- RUEDA, R. (2003) *Falencias en el flujo financiero dle regimen subsidiado de salud*. Informe final de pasantía presentada ante la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas. Bogotá, 2003.
- SALAZAR, N., ZULUAGA, S. (1998) *Perspectivas de la Industria Aseguradora 1997-2010*. Colombia: Tercer Mundo Editores, 1998. (Nueva Serie Cuadernos de Fedesarrollo, 3)
- SALUD COLOMBIA, (2007) *Una extraña privatización*. Editorial. *Salud Colombia*, Bogotá, ago. 2007. Disponible em: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud78/editor78.htm>. Acesso em: 22/02/2015.

SOUZA, G. (2013) Transferências de renda e monetização das políticas sociais: estratégia de captura do fundo público pelo capital portador de juros. In: SALVADOR, E. et al. (Orgs.) *Financeirização, fundo público e política social*. São Paulo: Editora Cortez, 2013. p. 209-240.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA. (2012) Actualidad del sistema financiero colombiano, 2012. Disponível em: <<https://www.superfinanciera.gov.co/jsp/loader.jsf?!Servicio=Publicaciones&ITipo=publicaciones&IFuncion=loadContenidoPublicacion&id=10081322>>. Acesso em: 06/02/2015.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. (2000) RC AÑO 2000. Disponível em: <<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=442>> Acesso em: 18/03/2015.

_____. (2001) RC AÑO 2001. Disponível em: <<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=442>> Acesso em: 18/03/2015.

_____. (2002) RC AÑO 2002. Disponível em: <<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=442>> Acesso em: 18/03/2015.

_____. (2003) RC AÑO 2003. Disponível em: <<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=442>> Acesso em: 18/03/2015.

_____. (2004) RC AÑO 2004. Disponível em: <<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=442>> Acesso em: 18/03/2015.

_____. (2005) RC AÑO 2005. Disponível em: <<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=442>> Acesso em: 18/03/2015.

_____. (2006) RC AÑO 2006. Disponível em: <<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=442>> Acesso em: 18/03/2015.

_____. (2007) RC AÑO 2007. Disponível em: <<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=442>> Acesso em: 18/03/2015.

_____. (2008) RC AÑO 2008. Disponível em: <<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=442>> Acesso em: 18/03/2015.

_____. (2009) RC AÑO 2009. Disponível em: <<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=442>> Acesso em: 18/03/2015.

_____. (2010) Catálogo de cuentas reporta el saldo de las cuentas de balance y resultado de las EPS de Régimen contributivo. Vigencia-2010. Disponível em:

<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=938>> Acceso em:
18/03/2015

_____. (2010a) RC Cifras relevantes régimen contributivo. Disponible em:
<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=938>> Acceso em:
18/03/2015

_____. (2010b) EAPB Fórmulas de indicadores. Disponible em:
<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=938>> Acceso em:
18/03/2015

_____. (2010c) RC Reporte EPS régimen contributivo. Disponible em:
<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=938>> Acceso em:
18/03/2015

_____. (2011) 1. Boletín A Diciembre de 2011. Situación financiera EPS. Estadísticas
Cuarto Trimestre 2011. Disponible em:
<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=439>> Acceso:
18/03/2015.

_____. (2011a) 2. Presentación situación financiera EPS con corte a Diciembre de
2011. Estadísticas Cuarto Trimestre 2011. Disponible em:
<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=439>> Acceso:
18/03/2015.

_____. (2011c) 3. Naturaleza Jurídica. Estadísticas Cuarto Trimestre 2011.
Disponible em: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=439>>
Acceso: 18/03/2015.

_____. (2011d) 4. Afiliados a Diciembre de 2011. Estadísticas Cuarto Trimestre 2011.
Disponible em: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=439>>
Acceso: 18/03/2015.

_____. (2011e) 5. Estados Financieros. Estadísticas Cuarto Trimestre 2011.
Disponible em: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=439>>
Acceso: 18/03/2015.

_____. (2011f) 6. Capital autorizado. Estadísticas Cuarto Trimestre 2011. Disponible
em: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=439>> Acceso:
18/03/2015.

_____. (2011g) 6. (Sic.) Indicadores Financieros. Estadísticas Cuarto Disponible em:
<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=439>> Acceso:
18/03/2015.

_____. (2011h) 8. Margen de Solvencia y Patrimonio Técnico. Estadísticas Cuarto
Trimestre 2011. Disponible em:
<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=439>> Acceso:
18/03/2015.

_____. (2011i) 9. Cumplimiento Patrimonial. Estadísticas Cuarto Trimestre 2011.
Disponible em: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=439>>
Acceso: 18/03/2015.

_____. (2011j) 10. Cuentas por Cobrar Saldos no Compensados y Registros
Glosados por las EPS. Estadísticas Cuarto Trimestre 2011. Disponible em:

<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=439>> Acceso: 18/03/2015.

_____. (2011k) 11. Cuentas por pagar. Estadísticas Cuarto Trimestre 2011. Disponible em: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=439>> Acceso: 18/03/2015.

_____. (2011l) 12. Reporte de Información. Estadísticas Cuarto Trimestre 2011. Disponible em: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=439>> Acceso: 18/03/2015.

_____. (2011m) Catálogo de cuentas reporta el saldo de las cuentas de balance y resultado de las EPS de Régimen contributivo. Vigencia-2011. Disponible em: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=938>> Acceso em: 18/03/2015.

_____. (2011n) Informe visita 2011. ALIANSALUD. Disponible en: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=873>> Consultado el 18/03/2015

_____. (2011o) Informe visita 2011. CAFESALUD. Disponible em: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=873>> Acceso em: 18/03/2015.

_____. (2011p) Informe visita 2011. COLPATRIA. Disponible em: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=873>> Acceso em: 18/03/2015.

_____. (2011q) Informe visita 2011. CONFENALCO ANTIOQUÍA. Disponible em: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=873>> Acceso em: 18/03/2015.

_____. (2011r) Informe visita 2011. CONFENALCO VALLE. Disponible em: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=873>> Acceso em: 18/03/2015.

_____. (2011s) Informe visita 2011. COOMEVA. Disponible em: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=873>> Acceso em: 18/03/2015.

_____. (2011t) Informe visita 2011. CRUZ BLANCA. Disponible em: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=873>> Acceso em: 18/03/2015.

_____. (2011u) Informe visita 2011. EPM. Disponible em: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=873>> Acceso em: 18/03/2015.

_____. (2011v) Informe visita 2011. FAMISANAR. Disponible em: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=873>> Acceso em: 18/03/2015.

_____. (2011w) Informe visita 2011. FERROCARRILES. Disponible em: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=873>> Acceso em: 18/03/2015.

_____. (2011x) Informe visita 2011. GOLDEN GROUP. Disponível em: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=873>> Acesso em: 18/03/2015.

_____. (2011y) Informe visita 2011. HUMANA VIVIR. Disponível em: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=873>> Acesso em: 18/03/2015.

_____. (2011z) Informe visita 2011. NUEVA EPS. Disponível em: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=873>> Acesso em: 18/03/2015.

_____. (2011aa) Informe visita 2011. SALUD COLOMBIA. Disponível em: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=873>> Acesso em: 18/03/2015.

_____. (2011ab) Informe visita 2011. SALUDCOOP. Disponível em: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=873>> Acesso em: 18/03/2015.

_____. (2011ac) Informe visita 2011. SALUDTOTAL. Disponível em: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=873>> Acesso em: 18/03/2015.

_____. (2011ad) Informe visita 2011. SANITAS. Disponível em: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=873>> Acesso em: 18/03/2015.

_____. (2011ae) Informe visita 2011. SOLSALUD. Disponível em: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=873>> Acesso em: 18/03/2015.

_____. (2011af) Informe visita 2011. SOS. Disponível em: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=873>> Acesso em: 18/03/2015.

_____. (2011ag) Informe visita 2011. SURA. Disponível em: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=873>> Acesso em: 18/03/2015.

_____. (2012) RC 1. Estados Financieros. Estadísticas Cuarto Trimestre de 2012. Disponível em: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=443>> Acesso em: 18/03/2015.

_____. (2012a) 2. Indicadores de Permanencia y Afiliación. Estadísticas Cuarto Trimestre de 2012. Disponível em: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=443>> Acesso em: 18/03/2015.

_____. (2012c) 3. Afiliados. Estadísticas Cuarto Trimestre de 2012. Disponível em: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=443>> Acesso em: 18/03/2015.

_____. (2012d) 4. Indicadores Financieros. Estadísticas Cuarto Trimestre de 2012. Disponível em: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=443>> Acesso em: 18/03/2015.

_____. (2012e) 5. Estadísticas Cuarto Trimestre de 2012. Disponible em: <<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=443>> Acceso em: 18/03/2015.

_____. (2012f) 6. Cuentas por pagar. Estadísticas Cuarto Trimestre de 2012. Disponible em: <<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=443>> Acceso em: 18/03/2015.

_____. (2012g) 7. Reporte de información. Estadísticas Cuarto Trimestre de 2012. Disponible em: <<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=443>> Acceso em: 18/03/2015.

_____. (2012h) 8. Boletín. Estadísticas Cuarto Trimestre de 2012. Disponible em: <<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=443>> Acceso em: 18/03/2015.

_____. (2012i) Catálogo de cuentas reporta el saldo de las cuentas de balance y resultado de las EPS de Régimen contributivo. Vigencia-2012. Disponible em: <<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=938>> Acceso em: 18/03/2015

_____. (2013) Catálogo de cuentas reporta el saldo de las cuentas de balance y resultado de las EPS de Régimen contributivo. Vigencia-2013. Disponible em: <<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=938>> Acceso em: 18/03/2015.

_____. (2014) Catálogo de cuentas reporta el saldo de las cuentas de balance y resultado de las EPS de Régimen contributivo. Vigencia-2014. Disponible em: <<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=938>> Acceso em: 18/03/2015.

TAVAREZ, M. (1997) A retomada da hegemonia norte-americana. In: Tavares, M.; Fiori, J. (Org.). *Poder e dinheiro: uma economia política da globalização*. Petrópolis: Vozes, 1997.

TIRADO, A. (2008) *Introducción a la historia económica de Colombia*. Colombia: Panamericana Editorial, 2008.

TORRES, M. (2008) Modelo de salud colombiano: exportable, en función de los intereses de mercado. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 207-219, jan./dez. 2008.

TORRES, M. (2011) *Acción social colectiva por el derecho a la salud en Colombia 1994-2010*. El caso de Bogotá. Disertación (Magíster en Estudios Políticos) - Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2011.

TOUSSAINT, E. (2006) *Banco Mundial: El golpe de Estado permanente*. La agenda oculta del Consenso de Washington. Ginebra: Ed. El Viejo topo, 2006.

UGALDE, A.; JACKSON, J. (1995) Las políticas de salud del Banco Mundial: una revisión crítica. *J Int Dev*, v. 7, n. 3, p. 525-541, 1995.

URIBE, M. (2009) *La contienda por la reforma del sistema de salud en Colombia (1990-2006)*. Tesis (Doctorado en Ciencia Social) - Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos, México, DF, 2009.

- USECHE, B. (2015) La reforma de salud: Un paso adelante y 100 pasos atrás!. *Deslinda*. No prelo 2015.
- VEGA, M.; SAÉNZ, M.; HERNÁNDEZ, M. (2010) Análisis sociopolítico sobre la Emergencia Social en Colombia 2009-2010. Informe final de investigación, 2010. (Manuscrito não publicado)
- WAITZKIN, H.; IRIART, C. (2000) How the United States Exports Managed Care to Third-World Countries: *Monthly Review*, v. 52, n.1, 2000.
- WAITZKIN, H. (2011) *Medicine and Public Health at the end of Empire*. Boulder, U.S: Ed. ParadigmPublishers, 2011.
- YEPES, F. (2012) Ni emergencia social, ni salud de la población. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, v. 9, n. 19, p. 30-40, 2010.
- YEPEZ, F.; RAMIREZ, M.; SÁNCHEZ, L.; RAMÍREZ, M.; JARAMILLO, I. (2010) *Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia*. Ley 100 de 1993. Bogotá: Ed. Assalud en coedición con la universidad con la Universidad del Rosario, 2010.

ANEXO

As definições dos conceitos técnicos utilizados são:

- **RECEITAS:** todos os recursos que adquirem as EPS, sejam por sua atividade finalística (gestão dos serviços de saúde e gestão do risco em saúde) ou derivados de outras atividades (outros investimentos, E.G. investimentos em ativos propriamente financeiros como títulos de dívida pública). Nesta dissertação se utilizou uma divisão analítica das receitas em “receitas operacionais” e “receitas não operacionais. As receitas operacionais são aqueles derivados da ação finalística das EPS, e estão representados fundamentalmente pela UPC, os co-pagamentos dos usuários de serviços de saúde, e os *recobros* das EPS ao FOSYGA. As receitas não operacionais são aqueles não derivados da atividade finalística das EPS, como por exemplo os rendimentos dos investimentos.
- **ATIVOS:** Bens e direitos de propriedade e obrigações, propriedade da EPS e representados em valor monetário. Incluem bens móveis, ativos financeiros, e o próprio capital social da empresa. Nesta dissertação se utilizou uma diferenciação analítica entre “ativo corrente” e “ativo não corrente”, para analisar a liquidez das EPS. O ativo corrente é definido como o ativo que pode ser convertido em dinheiro num prazo inferior a um ano (dinheiro em caixa, depósitos bancários, faturas por cobrar, investimentos, etc.). O ativo não corrente é o ativo que não cumpre essa condição, e que está representado, por exemplo, por bens móveis como prédios.
- **INVESTIMENTOS:** É a colocação de capital em diversas classes de ativos com o fim de obter um rendimento futuro. O nível de risco dos ativos comprados é definido pelas EPS, dentro do marco regulatório do regime de investimentos estabelecido pela normatividade colombiana. Com fins analíticos foram divididos os investimentos em “investimentos de renda fixa” e “investimentos de renda variável”. A tipificação que se apresenta a continuação, e que foi a base da análise dos dados dos investimentos, toma como referência a regulação do portfólio de

investimentos da EPS dada pelo *Decreto 574 de 2007*, e da tipificação de investimentos presente nos balanços financeiros das EPS apresentados à *Superintendencia Nacional de Salud*.

Os investimentos de renda fixa são aqueles que carregam um risco financeiro relativamente baixo, neste caso foram considerados assim, e segundo como foram registrados nos informes, os investimentos em: CDTs, Bonos ordinários, títulos de terorería, fundos comuns ordinários, quotas ou partes de interesse no SGSSS e em outros setores, Títulos de dívida pública interna emitidos ou garantidos pela Nação ou o Fogafin, títulos de renda fixa garantidos pela Superintendencia financiera de Colombia, Bonos e títulos hipotecários. Os investimentos de renda variável são aqueles que carregam um risco financeiro relativamente maior, neste caso foram considerados assim, e segundo como foram registrados nos informes, os investimentos em: acciones, aportes em cooperativas, direitos fiduciários, títulos de participação, direitos de recompra de investimentos negociados, e planos adicionais de saúde.

- **PATRIMÔNIO:** São os bens, direitos de propriedade e obrigações de uma empresa não comprometidos no gasto total ou na dívida da empresa. Quer dizer, são os bens, direitos de propriedade e obrigações de uma empresa que realmente pertencem à empresa, estão livres de qualquer obrigação. O patrimônio está composto normalmente pelo capital social, e aumenta com as utilidades e valorizações dos ativos, ou diminui com as suas perdas ou descapitalizações. Matematicamente o patrimonico se obtem com a formula: $\text{Patrimônio} = \text{Ativo} - \text{Passivo}$
- **CAPITAL SOCIAL:** É o capital aportado pelos proprietários (acionistas) da EPS, que determina proporcionalmente seu direito de decisão e sobre os lucros da empresa. Como a propriedade da empresa se expressa em ações, e seu valor é dinâmico, o capital social pode aumentar o diminuir. O valor do capital social também pode aumentar por capitalização da empresa, ou diminuir por descapitalização da mesma.

- **PASSIVO:** São as obrigações da EPS para com terceiros, neste caso, particularmente com prestadores de serviços de saúde, pessoal administrativo, dívida. Nesta dissertação se utilizou uma diferenciação analítica entre “passivo corrente” e “passivo não corrente”, para analisar a liquidez das EPS. O passivo corrente é definido como o passivo que deve ser honrado num prazo inferior a um ano. O passivo não corrente é o passivo que deve ser honrado num prazo superior a um ano.
- **PRIMA DE COLOCAÇÃO DE AÇÕES:** É capital pertencente aos acionistas da empresa produto da valorização desta no mercado.
- **UTILIDADE:** É o lucro obtido num determinado período de tempo pela operação das EPS. É calculado com a fórmula: $Utilidade = Receitas - Gastos$

Nesta dissertação utilizamos a diferenciação analítica entre “utilidade operacional” e “utilidade não operacional”. A utilidade operacional só tem em conta para seu cálculo, as receitas operacionais, e os gastos operacionais, quer dizer, relacionados à atividade finalística da EPS. A utilidade não operacional tem em conta para seu cálculo só as receitas e gastos não finalísticos.