



X Encontro Brasileiro de Administração Pública.
ISSN: 2594-5688
secretaria@sbap.org.br
Sociedade Brasileira de Administração Pública

DIMENSÕES DE GOVERNANÇA NOS SISTEMAS SUBNACIONAIS DE SAÚDE DO BRASIL E DA ESPANHA: diferenças, similaridades e resultados no Rio Grande do Sul e no País Vasco

Tamara Lima Martins Faria

[ARTIGO] GT 5 Governança, Riscos e Integridade das Organizações e Contratações do Setor Público

DIMENSÕES DE GOVERNANÇA NOS SISTEMAS SUBNACIONAIS DE SAÚDE DO BRASIL E DA ESPANHA: diferenças, similaridades e resultados no Rio Grande do Sul e no País Vasco

RESUMO:

Este artigo trata da governança em serviços especializados de saúde, a partir da crescente participação do gasto público na área. O objetivo foi verificar as dimensões de estratégia, transparência, cooperação e conflitos na governança do sistema de saúde do Brasil (Rio Grande do Sul) e na Espanha (País Vasco). A governança é analisada como instrumento para sustentabilidade dos sistemas públicos e universais de saúde e de seu funcionamento. O estudo está baseado em dados secundários (indicadores de saúde, documentos normativos, perfil dos gastos, serviços ofertados) no período de 2010 a 2018 e em entrevistas semiestruturadas com gestores da saúde dos dois países. Os resultados revelam que os melhores indicadores de saúde foram as estratégias das diretrizes nacionais e especificidades regionais; mecanismos contínuos de prestação de contas; transparência das ações participação do controle social na tomada de decisão. A conclusão é que cada sistema de saúde tem as dimensões com maior peso na estrutura geral de governança do sistema e que os dois sistemas têm boa governança, detalhamento da estratégia, *accountability*, transparência das ações do estado e cooperação entre os atores.

Palavras-chave:

Governança; Políticas de Saúde; Serviços Especializados; Brasil-Espanha.

ABSTRACT

This article deals with governance in specialized health services, based on the growing participation of public spending in this area. The objective was to verify the dimensions of strategy, transparency, cooperation and conflicts in the governance of the health system in Brazil (Rio Grande do Sul) and in Spain (País Vasco). Governance is analyzed as an instrument for the sustainability of public and universal health systems and their functioning. The study is based on secondary data (health indicators, normative documents, spending profile, services offered) from 2010 to 2018 and semi-structured interviews with health managers from both countries. The results reveal that the best health indicators were the strategies of the national guidelines and regional specificities; continuous accountability mechanisms; transparency of actions participation of social control in decision making. The conclusion is that each health system has the dimensions with the greatest weight in the overall governance structure of the system and that the two systems have good governance, detailed strategy, accountability, transparency of state actions and cooperation between the actors.

Key words:

Governance; Health policies; Specialized services; Brazil-Spain

INTRODUÇÃO

O princípio da universalidade da saúde em estados de sistema federalista supõe que todo cidadão tem direito de acesso aos serviços e que estes são dever dos entes federados. Seja por meio da competência comum ou concorrente o Estado tem o dever de planejar e executar políticas públicas que efetive o acesso universal.

No caso do Brasil, os serviços de saúde foram organizados em Sistema Único. No entanto, não é um modelo acabado, exigindo constante aperfeiçoamento para o acesso universal. Políticas públicas regionalizadas e a coordenação dos entes federados são formas de

alcançar objetivos comuns do SUS (RIBEIRO, TANAKA, DENIS, 2017) o que exige que os entes federados (União, estados e municípios) participem da governança do Sistema.

A governança pública é essencial para condução de mudanças e alinhamento de interesses dos participantes². Interesses diversos de cada participante em regimes democráticos geralmente são discutidos em espaços públicos, o que exige da governança do sistema formas de participação como as Comissões Intergestores, contudo mesmo representando espaços de participação social para cooperação, esse modelo também tem suas limitações quanto a redução de conflitos e garantia de igualdade entre os participantes³.

O alinhamento horizontal e vertical é essencial para governança de sistemas universais. Estes são caracterizados por relações complexas, diversidade de atores e dificuldades de negociação para que interesses sejam atendidos em decisões conjuntas (SCHEFFER, BAHIA, 2019). Isso requer efetividade no campo da saúde é necessário para articular a participação dos atores e fortalecimento dos espaços deliberativos⁵.

A governança surge como forma de resolver **conflitos** de interesse presentes nas negociações entre os participantes das políticas públicas. Os conflitos surgem quanto ao financiamento da política (VIEIRA, 2016), a distribuição de competências entre governo central e subnacionais (ALMEIDA, 2005) ou quanto a parcerias público-privadas (BURLANDY ET AL, 2016).

Os objetivos dos agentes públicos e privados na prestação dos serviços especializados requer maior aporte financeiro e tecnológico e podem divergir em determinado momento. Assim, em ambientes de incertezas, os conflitos se tornam mais evidentes e a tomada de decisão ainda mais complexa (BARNEY, HESTELY, 2014).

Os instrumentos de governança ajudam na diminuição de conflitos gerados por assimetria de informações. Informações são recursos importantes para a tomada de decisão e no fortalecimento de instrumentos de controle para que sejam preservados os interesses do cidadão. Isso requer a participação popular para o cumprimento das normas pré-estabelecidas e compartilhamento de responsabilidades na prestação de contas e tomada de decisão (YISHAI, 2014).

Trabalho recente de revisão conceitual sobre governança (RIBEIRO, TANAKA, DENIS, 2017) revelou que ela é resultado da **cooperação** dos participantes na formulação e gestão da política pública, tendo os cidadãos suas necessidades atendidas, os requisitos legais cumpridos e a qualidade na assistência perseguida. Assim, a cooperação vertical e horizontal no contexto da governança e do federalismo são fatores de diminuição dos conflitos que podem ocorrer tanto como consequência da assimetria de informação, quanto pela competição entre os entes federados por poder e recursos (MILLER, HICKSON, WILSON, 2014).

De forma geral, a definição das competências dos entes federativos é essencial para aplicação dos princípios da governança por meio de regras que ordenam a ação pública (LLOVET, 2016; PULITO, 2018). Para isso, é necessário o estabelecimento de estratégia mais adequada, considerando o grau de competência dos entes federados na gestão da saúde orientada por princípios básicos do sistema universal.

A **estratégia**, como componente da governança é importante para que o setor público atinja os resultados que combinem harmonicamente os aspectos legais e regulatórios, inibindo a sobreposição de competências e impulsionando a assertividade de suas ações (CAVALCANTE

PIRES, 2018).

Dentro da estrutura da governança pública, a *accountability* é um conceito que tem em sua base o processo contínuo de ações alinhadas com a estratégia estabelecida (IFAC, 2014) na busca de prestar contas sobre o uso dos recursos, dos resultados da aplicação destes e o consequente impacto nos resultados.

A publicidade dos atos do governo garante ao cidadão a possibilidade de julgar e controlar os governos, o que torna o processo da *accountability* importante forma de combate à corrupção e ineficiência das políticas. Assim, o aprimoramento dos instrumentos de **transparência** é fundamental em estados democráticos, pois dá aos cidadãos papel de protagonistas no processo decisório de políticas públicas.

No Brasil a transparência está prevista em pelo menos em três leis: a Lei da Transparência (BRASIL, 2009), a Lei de Acesso a Informação (BRASIL, 2013) e a Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000). Já em suas unidades federativas o país tem outro conjunto de legislação específica.

Na Espanha, a transparência é prevista na Lei (ESPAÑA, 2013) e tem como objetivo principal regular e garantir o acesso à informação relativas as atividades atinentes ao bom governo. Algumas Comunidades Autônomas possuem lei de transparência própria e, de certa forma, reiterativas à lei Estatal (RAMOS, 2018).

Outro desafio de governança do sistema é a coordenação. Coordenação no que se refere a diversidade de atores envolvidos, influência do jogo político, necessidade de alinhamento entre o governo central e governos locais, em realidades diferentes, conflitos quanto a financiamento e autonomia dos governos.

Regiões com melhores resultados em indicadores de saúde, os instrumentos de governança, quando bem conduzidos, influenciam diretamente a coordenação de políticas públicas, diminuindo conflitos existentes, melhorando os indicadores de desempenho (KOURULA ET AL, 2019). A variação dos indicadores de saúde e da estrutura dos serviços entre os entes federados demonstra as desigualdades entre as regiões de saúde de um mesmo ente da federação e entre os três entes federados (LIMA ET AL, 2019).

Mesmo em regiões como a Amazônia legal, distante dos grandes centros que formam e empregam profissionais, os problemas de governança são semelhantes aos dos grandes centros, no que se refere a comunicação entre os diferentes níveis: local regional e federal (CASANOVA ET AL, 2018).

Considerando os desafios nas dimensões de governança da gestão em saúde de estados federalistas, surgem duas questões para a pesquisa: a) de que forma os elementos da governança influenciam os resultados de saúde em países como Brasil e na Espanha? b) Quais pontos fracos e ameaças presentes na governança dos serviços de saúde nos dois países?

É possível que fatores históricos e institucionais se inter-relacionam no tempo e auxiliam na compreensão da regionalização e descentralização dos sistemas de saúde do Brasil e Espanha (PEREIRA, LIMA, MACHADO, 2018) e que as reformulações que ocorreram nos dois países, quanto à política de financiamento e garantia da saúde têm influência direta nos serviços, especialmente quanto ao mercado de trabalho e formação dos futuros profissionais da saúde (CAMPOS, FORSTER, FREIRE FILHO, 2016).

O suposto de que a governança em suas diferentes dimensões pode promover mudanças significativas na forma de gestão do sistema de saúde justifica esta pesquisa, cujo objetivo foi verificar as dimensões de estratégia, transparência, cooperação e conflitos na governança do sistema de saúde no Rio Grande do Sul e no País Vasco.

MÉTODOS

Foram selecionadas as duas regiões administrativas com os melhores indicadores socioeconômicos e de saúde no Brasil e na Espanha, no período de 2010 a 2018. No Brasil, o estado do Rio Grande do Sul e na Espanha, a Comunidade Autônoma do País Vasco.

Considerando que são países diferentes foram estabelecidos como parâmetro de paridade da comparação: a) os processos de descentralização do estado que influenciam suas políticas; b) o regime federativo que, em maior ou menor grau, confere autonomia de gestão das políticas considerando as diretrizes nacionais e os princípios das políticas de saúde; c) possuírem sistemas universais de saúde que garantam o direito de acesso a todos os níveis de assistência.

Foram analisados os dados socioeconômicos (renda per capita e taxa de desemprego) e indicadores de saúde (leitos/mil habitantes e médicos/mil habitantes). Os dados foram analisados individualmente e comparativamente com documentos levantados na fase inicial, no intuito de identificar as correspondentes estratégias que contribuem para o resultado dos mesmos.

Foi feita a análise documental (leis, decretos, planos de saúde). Nesta fase foi possível identificar como são estabelecidas as normas, o alinhamento destas às diretrizes nacionais e as responsabilidades de cada ente federado na elaboração e condução das políticas de saúde.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas pessoalmente com gestores do País Vasco e virtualmente com gestores do Rio Grande do Sul, sendo estes, ocupantes do nível estratégico de gestão. No nível nacional, foram entrevistados representantes dos ministérios da saúde dos respectivos países. O propósito das entrevistas foi identificar como os principais elementos da governança pública são utilizados e quais os desafios dos sistemas de saúde entre os níveis de governo. As entrevistas foram realizadas no período de 2020 a 2021.

As entrevistas pessoais foram gravadas em áudio, as virtuais transcritas e ambas tiveram seus conteúdos interpretados na forma de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados²⁶ que compõe o método de análise de conteúdo. A escolha deste método visou complementar as informações não expressas nos documentos e dados relacionados ao objeto de estudo.

As categorias selecionadas estão dispostas na sessão “Dimensões” (Quadro 1) e as questões relacionadas à elas foram elaboradas com o objetivo de identificar como cada região estabelece a governança do sistema de saúde e lida com as variáveis ambientais e múltiplos atores com os quais se relacionam.

Quadro 1. Matriz de análise das dimensões de governança pública multinível em estados federativos no âmbito das políticas públicas de saúde

Perspectivas	Definições	Dimensões
Relações entre entes federativos e suas respectivas esferas de poder	Definição das responsabilidades e competências dos entes federativos considerando as estratégias locais, regionais e nacionais de saúde.	- Cooperação - Conflitos - Estratégias - <i>Accountability</i>
Sociedade e Estado	Participação da sociedade na elaboração e avaliação de estratégias de políticas públicas que atendam às necessidades da população e com consequente entrega de valor ao cidadão através	- Estratégia - Transparência - <i>Accountability</i>

	de estruturas que forneçam informações claras e de boa qualidade.	
Relações público-privadas	Controle efetivo do cumprimento dos acordos referentes aos serviços com foco na eficiência e efetividade dos serviços prestados aos cidadãos e estabelecimento de regras que fomentem a cooperação e diminuição dos riscos dos contratos.	- Cooperação - Conflitos

Fonte: Elaboração própria, a partir da literatura^{2,13, 14}.

Foram coletadas informações complementares em eventos nacionais e internacionais sobre governança e federalismo, qualidade no setor público, direito sanitário e equidade de acesso à saúde para identificar como atores estatais e não-estatais, universidades e centros de pesquisas europeus e brasileiros compartilham experiências e difundem conhecimento no intuito de aperfeiçoar as políticas públicas de saúde.

RESULTADOS

No Brasil, o gasto com saúde em relação ao PIB é bem próximo de países europeus como a Espanha (Tabela 1). Já quanto à disponibilidade de leitos, que é um indicador comum para este tipo de estudo, os dados (Tabela 2) revelam que as duas unidades pesquisadas (Rio Grande do Sul e País Vasco) estão acima da média de seus respectivos países (Tabela 2). No entanto, no período estudado as duas unidades apresentaram queda na relação leitos/habitantes.

O Rio Grande do Sul é o 5º maior estado do Brasil em número de habitantes, o 6º com melhor Índice de Desenvolvimento Humano – IDH e a 4º maior PIB entre os estados brasileiros²⁷. O País Vasco ocupa a 7ª posição em número de habitantes da Espanha, tem um dos maiores IDH (0,926) dentre as CCAAs²⁸, considerado “muito alto” de acordo com a classificação das Nações Unidas²⁹ e ocupa a 2ª colocação em termos de PIB per capita do país³⁰.

Tabela 1. Gasto público em saúde no Brasil e na Espanha de 2010 a 2017.

País	Indicador	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Brasil	Gasto total em saúde como porcentagem do PIB	7.9	7.8	7.7	8.0	8.4	8.9	9.2	9.4
	Gasto público em saúde como porcentagem do gasto total em saúde	45	44	43	45	44	43	43	42
	Gasto público em saúde como porcentagem do PIB	4	3	3	4	4	4	4	4
	Gasto privado em saúde como porcentagem do gasto total	55	55	57	55	56	57	57	58

Espanha	Gasto total em saúde como porcentagem do PIB	9.1	9.2	9.2	9.1	9.1	9.1	9.0	8.9
	Gasto público em saúde como porcentagem do gasto total em saúde	75	74	72	71	70	71	71	71
	Gasto público em saúde como porcentagem do PIB	7	7	7	6	6	6	6	6
	Gasto privado em saúde como porcentagem do gasto total	25	26	28	29	30	29	29	29

Fonte: Elaboração própria com base nos dados da WHO³¹ e OECD³².

Tabela 2. Leitos por mil habitantes no Rio Grande do Sul (Brasil) e País Vasco (Espanha) (2013 a 2018)

Países	Ano					
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Brasil	2,27	2,25	2,18	2,14	2,12	2,1
Rio G. do Sul	2,81	2,85	2,84	2,80	2,77	2,72
Espanha	2,97	2,97	2,97	2,97	2,98	2,98
País Vasco	3,4	3,37	3,35	3,30	3,30	3,23

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do MS/CNES³³

Um dos principais fatores que fazem crescer o gasto sanitário é a tecnologia. Os serviços de média e alta complexidade são os que mais utilizam recursos e apresentam maior custo. Os fatores que explicam o aumento nos gastos são: do lado da demanda estão a preferências dos cidadãos, fatores institucionais e fiscais; do lado da oferta, estão inovação tecnológica, aumento da especialização na atenção sanitária e situações de monopólio (LOBO, 2017). Estabelecer o equilíbrio entre a demanda e os recursos disponíveis é o principal desafio do sistema público para garantir o direito à saúde, sobretudo em sistemas universais.

Verificando as dimensões da governança dos sistemas de saúde nos dois países, é possível perceber que a dimensão **estratégia**, no Rio Grande do Sul (Brasil) é estabelecida de forma transversal entre as secretarias e elaborada a partir do modelo do Governo do estado:

A gente tem um modelo de governança no Governo do Estado do Rio Grande do Sul, do qual a saúde faz parte (...). Então o modelo de governança não é só da saúde ele perpassa por outras secretarias nos eixos específicos. Então nós estamos inseridos nos eixos de qualidade de vida (...) mas, também, estamos inseridos, por exemplo, no eixo do RS seguro que é um modelo de Segurança Pública (Diretora de Ações em Saúde do RS, entrevista online, maio/2020).

No País Vasco (Espanha), de acordo com o entrevistado a importância da ação intersetorial é ponto chave para a obtenção de bons resultados, sobretudo na elaboração dos planos de saúde conforme relato:

En todos los puntos de prioridad y, yo creo que para tener buenos indicadores de salud de ese tipo cuanto a resultados finales de esperanza de vida y calidad de vida, es la acción intersectorial. Nosotros tenemos un plan de salud que lidera el lehendakari, el presidente del Gobierno Vasco, y en ese plan de salud estamos haciendo esfuerzos para intentar trasladar la preocupación en salud a todos los sectores de actividad no sea de vivienda, educación. (Vice conselheiro do Departamento de Saúde do País Vasco, Vitória-Gasteiz, Espanha, Janeiro/2020).

Na dimensão **accountability**, o que ficou evidente nas entrevistas foi o fortalecimento da auditoria interna e a comunicação estreita com o controle social, destacado na perspectiva estado-sociedade (Quadro 1). No caso do Rio Grande do Sul os pontos de fragilidade foram: a) as mudanças constantes de sistemas de prestação de contas; b) a falta iteração entre a esfera municipal e os conselhos de saúde e c) falta de normatização de como esta prestação de contas deve ser feita, chamada pelo entrevistado de “instabilidade processual”.

A prestação de contas é feita via conselho municipal e ainda temos muitos municípios que não tem uma relação de proximidade, de acompanhamento junto ao controle social (...). Quanto mais nova a política, quanto mais novo o sistema, mais dificuldades a gente tem. A gente tem muita instabilidade processual (...). Então alguma coisa você tem plano de trabalho, outra coisa você não tem plano de trabalho, algumas coisas você presta contas no relatório de gestão, outras não é no relatório só de gestão. (Diretora de Ações em Saúde do RS, entrevista online, maio/2020).

No País Vasco o entrevistado destaca a trajetória de qualidade do departamento de saúde que disciplina tanto as atividades fim quanto os processos que são baseados em modelos de referência. Destaca também a estreita relação entre **accountability** e transparência disciplinadas em instrumentos legais que dispõe sobre o *Consejo de Participación Social*, no qual os gestores prestam contas de suas ações:

Tenemos a nivel de todos aquí se hacer unas memorias anuales en las que se expresan los gastos que también es público y dicho está en debate político todos los años en la presupuestación de los servicios o ante la presupuestación de los gastos está muy bien relacionada(...) promulgamos un decreto de organización de las estructuras del Servicio Vasco de Salud de Osakidetza en el que se

establece un Consejo de Participación Social que de alguna manera es el foro en el que cada gerente nos dan cuentas de cómo estás siendo su gestión (Vice conselheiro do Departamento de Saúde do País Vasco, Vitória-Gasteiz, Espanha, Janeiro 2020).

Quanto à dimensão **transparência**, a tecnologia tem auxiliado a relação Estado-sociedade por meio de vários canais de comunicação. No Brasil, o entrevistado destaca instrumentos formais e instrumentos informais caracterizados por consultas diretas aos departamentos, reuniões ou via Casa Civil, conforme destacado:

Como canais de comunicação a gente tem a Ouvidoria do SUS, o Conselho Estadual de Saúde que é um canal permanente. A gente se reúne semanalmente com eles. Além da plenária, a gente tem reuniões semanais, a gente tem a LAI que são as Leis de Acesso à Informação e a gente tem referência em cada departamento, nós temos na Arceplan nossa equipe de planejamento a resposta final (...) nós temos inúmeras frentes de entrada via gabinete do governador, então tem vários espaços. Todas as assembleias entram via Casa Civil. (Diretora De Ações em Saúde do RS, entrevista *online*, maio /2020).

No País Vasco, o Conselho de Participação Social citado anteriormente, o portal da transparência do governo (Gardena) e as notas de imprensa, são os principais instrumentos de comunicação do governo para dar publicidade de suas ações como destacado pelo gestor:

Pero de comunicación y acceso básicamente son notas de prensa que nosotros mandamos cada vez que tenemos algo importante que comunica y luego en la propia web de Osakidetza en dónde procura aportar información (Vice conselheiro do Departamento de Saúde do País Vasco, Vitória-Gasteiz, Espanha, Janeiro 2020).

O Índice de Transparência das Comunidades Autônomas (INCAU)³⁵ é disponibilizado no portal da transparência e é composto por oitenta indicadores divididos em seis áreas temáticas: informação sobre a comunidade autônoma, relações com a sociedade; transparência econômico-financeira; contratos de obras e serviços; ordenação, urbanismo, obras e meio ambiente e, por fim, direito de acesso à informação. A definição clara destes indicadores auxilia aos gestores municipais prestarem informações mais sistematizadas facilitando assim, a disponibilização dos dados para consulta da população.

No País Vasco o entrevistado destaca a estreita relação entre **accountability** e **transparência** disciplinadas nos instrumentos legais que dispõe sobre o *Consejo de Participación Social*, no qual os gestores prestam contas de suas ações.

Tenemos a nivel de todos aquí se hacer unas memorias anuales (...) promulgamos un decreto de organización de las estructuras del Servicio Vasco de Salud de Osakidetza en el que se establece un Consejo de Participación Social que de alguna manera es el foro en el que cada gerente nos dan cuentas de cómo estás siendo su gestión (Vice conselheiro do Departamento de Saúde do País Vasco, Vitória-Gasteiz, Espanha, Janeiro 2020).

Previsto desde a Constituição Federal de 1988 (art. 199, §1º) (BRASIL, 2012), a participação privada no Brasil deve ser de caráter complementar mediante regras específicas.

Quanto à dimensão **conflito** nas relações público-privadas, o que se observa no modelo de assistência brasileiro é que a participação privada tem tomado mais espaço do que o previsto inicialmente, gerando conflitos que podem afetar o interesse coletivo. Isto se torna mais evidente na contratação de serviços tecnológicos e inovadores:

Toda vez que eu preciso entrar em serviços inovadores em que tem técnica e preço, esses contratos são sempre muito mais complexos. Para a gente é mais difícil de construir, para os órgãos de controle também é mais complexo de acompanhar. (Diretora De Ações em Saúde do RS, entrevista online, maio/2020).

Como alternativa surge a dimensão **cooperação** dentro da perspectiva público-privada. O estabelecimento de regras claras, o acompanhamento das ações e o diálogo com as coordenadorias seriam alternativas frente aos contenciosos judiciais e administrativos segundo a representante do Rio Grande do Sul:

Na verdade, a diminuição dos contenciosos tem muita relação direta em como se constrói tanto o processo como o documento inicial. Então é a gente perder bastante tempo e energia fazendo bons processos licitatórios ou bons processos de negociação inicial e efetivamente escrever isso muito bem nos contratos (...) acompanhamento pari passo com os nossos serviços faz com que a gente evite, eu acho que resolva os problemas antes de virar uma ação judicial (Diretora De Ações em Saúde do RS, entrevista online, maio /2020).

No País Vasco, o gestor relata casos pontuais de **conflitos** nas contratações privadas, uma vez que esta modalidade é pouco utilizada por esta CCAA como relatado:

Nosotros cuándo hacemos una oferta en un ambiente como el de las ambulancias donde hay una competición muy grande entre los diferentes agentes privados, tenemos casi siempre recursos porque la utilizan como una arma. La empresa que está concertada, (...) utiliza los recursos y el conflicto administrativo para estar más tiempo (Vice conselheiro do Departamento de Saúde do País Vasco, Vitória-Gasteiz, Espanha, Janeiro 2020).

Como estratégia para diminuir os riscos nas contratações o mesmo cita o fortalecimento dos instrumentos de controle e a **cooperação** com órgãos internos e externos ao departamento de saúde para acompanhamento das contratações:

Nosotros en Euskadi tenemos un sistema de contratación: tenemos que pasar desde el departamento, que es el departamento que contrata con la privada, dos filtros que es la junta administrativa de contratación y luego la oficina de control económico. Requiere sendos informes, todo tipo de proceso de contratación colocamos los filtros que son esos y las estrategias de control por agencias externas al propio departamento de salud (Vice conselheiro do Departamento de Saúde do País Vasco, Vitória-Gasteiz, Espanha, Janeiro 2020).

DISCUSSÃO

No Brasil, a gestão de leitos é feita pelos complexos reguladores e o acesso dos usuários é por meio de uma central, a partir da avaliação de risco e das condições clínicas do paciente. Para efeito de governança deste sistema, existe uma coordenação entre unidade administrativa estadual e municipal.

Isso exige coordenação entre as partes. O argumento de que a regionalização, com base nas Comissões Intergestores Regionais são espaços limitados para redução de conflitos, propõe legislativo, judiciário, partidos e mídia como participantes da governança do sistema (ALBUQUERQUE ET AL, 2018). No entanto, este argumento não tem sustentação no conceito de governança em saúde (RIBEIRO, TANAKA, DENIS, 2017). Ainda que a revisão conceitual não considere as demais dimensões da governança como *accountability* e prestação de contas, elas são dimensões necessárias para que os objetivos das políticas de saúde sejam alcançados.

No Brasil, os serviços são pactuados previamente como forma de promover a cooperação dos municípios com as regiões de saúde, macrorregiões e municípios. Para isso, a Comissão Intergestores Regionais (CIR) (ALBUQUERQUE ET AL, 2018), a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) são essenciais para a governança.

Espanha, a transparência tem documento oficial³⁵ que direciona as ações do Governo Vasco e busca esclarecer dúvidas em torno de alguns temas, como saúde, educação, meio ambiente, coesão social e desenvolvimento econômico. Portanto, intersetorial e instrumento de compromisso político do Governo, sendo assim, um modelo de governança proposto que direcionam as ações do Estado.

Como os objetivos e indicadores das políticas de saúde, no Governo Vasco, direcionam ações para três grupos estratégicos: pessoas com enfermidades, envelhecimento saudável e saúde infantil e juvenil (ESPANHA, 2014), fica evidente que os processos e as dimensões de governança nos dois países são distintos, têm seus focos definidos e revisados ao longo do tempo, em função do grau de autonomia, configuração do sistema e histórico das instituições²⁴.

O que os dois casos da pesquisa (Rio Grande do Sul e Governo Vasco) revelam é que compreender a complexidade dos dois sistemas vai além de uma tentativa de utilizar o método histórico comparado. A dinâmica do jogo político, os interesses dos participantes, a agenda pública da saúde completa as análises das dimensões de governança para gestão eficiente dos serviços de saúde.

As dimensões de governança mais difíceis de observar, no cotidiano da gestão dos serviços e na política de saúde, são *accountability* e controle social do cidadão. Mesmo que estudo do histórico e evolução do sistema de saúde e das instituições auxiliem na percepção dos atores presentes nestas duas dimensões, não conseguem revelar as como se dá a aproximação do governo central e quais canais de facilitam a observação dessas dimensões, como foi tratado pelos representantes de saúde do Rio Grande do Sul e do Governo Vasco (LIMA ET AL, 2019). As dimensões cooperação e conflitos presentes na governança dos sistemas de saúde dos dois países são semelhantes quanto às formas de manifestação real no cotidiano da gestão. Essa constatação é confirmada em estudo (LIMA ET AL, 2019) que sustenta a predominância dos atores privados na gestão de média e alta complexidade, gerando conflitos que podem prejudicar o resultado final da política e da prestação dos serviços. Além de contribuir com as desigualdades de prestação e cobertura do serviço, pois a participação privada ao atuar de forma complementar ao serviço público, aumenta seu alcance espacial e territorial e passa a ser um ator de forte influência no sistema.

As redes sociais entre atores são arranjos de governança e estratégia para articulação flexível dos atores e recursos envolvidos nas políticas de saúde (MAGALHÃES, 2018), porém, redes não garantem a anulação dos conflitos. Os resultados dos dois sistemas (Brasil e Espanha)

acompanham esta argumentação, pois enfatiza a governança como um instrumento de minimização de conflitos para atingir interesses coletivos.

As dimensões de governança pesquisadas nos dois países podem contribuir para resultados de políticas e gestão de saúde mais efetivas. Assim, a principal contribuição deste estudo é a constatação de que a estabilidade da organização do sistema de saúde é importante, porém, é necessário considerar que em ambiente instável os interesses envolvidos são diversos e difíceis de conciliar. Isso exige estratégia de articulação flexível e compartilhamento de responsabilidades entre as partes envolvidas.

CONCLUSÃO

Em países federalistas, como Brasil e Espanha, os arranjos de governança podem ser diversos, considerando a trajetória de cada país, as peculiaridades de cada sistema de saúde e as dimensões com maior peso na estrutura geral de governança do sistema.

Algumas características comuns aos dois sistemas, quanto aos gestores dos respectivos departamentos de saúde, são: demonstrar boa governança do sistema, com detalhamento da estratégia, *accountability*, transparência das ações do estado e cooperação entre os atores. Essas características influenciam na redução dos conflitos que dificultam a efetivação do direito à saúde.

A governança e o fortalecimento de seus instrumentos se tornam um elemento que deve influenciar e incidir no funcionamento tanto nas metodologias, quanto na organização necessárias ao bom funcionamento do Estado federativo. O grande desafio é estabelecer regras e normas que respeitem a autonomia dos entes e as suas peculiaridades tanto institucionais quanto territoriais.

Também é relevante para a governança do sistema o peso político das instituições do modelo federalista adotado por cada país, a organização do sistema de saúde, as prioridades dadas aos canais de participação, mecanismos de arrefecimento de conflitos, o peso de cada poder e ente federado e as arenas de decisão de políticas públicas que sustentam a gestão da saúde.

REFERÊNCIAS

RIBEIRO PT, TANAKA OY, DENIS JL. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. *Ciênc. saúde coletiva* 2017; 22(4):1075-1084.

IFAC. International Framework: Good Governance in the Public Sector. IFAC e CIPFA. New York, NY: Jul. 2014.

ALBUQUERQUE MVDE, LIMA LD DE, OLIVEIRA RAD DE, SCATENA JHG, MARTINELLI NL, PEREIRA AMM. Governança regional do sistema de saúde no Brasil: configurações de atores e papel das Comissões Intergovernamentais. *Ciênc. saúde coletiva* 2018; 23(10): 3151-3161.

SCHEFFER MC, BAHIA L. Público e privado na saúde. In: Jairnilson, SP, organizador. *Sistema Único de Saúde - SUS: tudo o que você precisa saber*, Organizador. Cidade: Editora, 2019, página inicial e final.

MAGALHAES R. Governança, redes sociais e promoção da saúde: reconfigurando práticas e institucionalidades. *Ciênc. saúde coletiva* 2018; 23(10): p3143-3150.

VIEIRA FS. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema único de Saúde. *Saúde em Debate* 2016; 40(109):187-199.

ALMEIDA MHT de. Recentralizando a federação. *Rev. Sociol. Polít* 2005; (24): 29-40.

BURLANDY L, ALEXANDRE VP, GOMES FS, CASTRO IRR, DIAS PC, HENRIQUE P, CARVALHO CMP, CASTRO JUNIOR PCP. Políticas de promoção da saúde e potenciais conflitos de interesses que envolvem o setor privado comercial. *Ciênc. saúde coletiva* 2016; 21(6):1809-1818.

BARNEY JB, HESTELY W. Economia das Organizações: entendendo a relação entre as organizações e a análise econômica. In: Stewart RC, Hardy C, Walter RN. *Handbook de estudos organizacionais: ação e análise organizacionais*. São Paulo: Atlas, 2014.

YISHAI, Y. Participatory governance in public health: choice, but no voice. In: Levi-Faur D. *The Oxford Handbook of Governance*. United Kingdom: Oxford University Press, 2014.

MILLER SJ, HICKSON DJ, WILSON D.C. A tomada de decisão nas organizações. In: Stewart RC, Hardy C, Walter RN. *Handbook de estudos organizacionais: ação e análise organizacionais*. São Paulo: Atlas, 2014.

LLOVET TFI. Organización y gestión de los servicios de salud. el impacto del derecho europeo. *Revista de Administración Pública* 2016; (199): 253-288.

PULITO MZ. La articulación de la gobernanza multinivel a través de técnicas orgánicas de colaboración, cooperación y coordinación. *Revista Aragonesa de Administración Pública* 2018; (52):230-263.

CAVALCANTE P, PIRES R. Governança pública: construção de capacidades para a efetividade da ação governamental. *Nota Técnica - Ipea* 2018; (24):2-20.

BRASIL. Lei complementar nº 131 de 27 de maio de 2009. Acrescenta dispositivos à Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências, a fim de determinar a disponibilização, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. *Diário Oficial da União* 2009; mai 27.

BRASIL. Lei nº. 12.527, de 18 de novembro de 2013. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº.8.122, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº. 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº.8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011; nov 18.

BRASIL. Lei complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2000; mai 4.

ESPANHA. Lei nº 19, de 9 de dezembro de 2013. Ley de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno. *BOE* 2014; dez 10. Disponível em:

< <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2013-12887>>. Acesso em: 16 de nov. 2020.

RAMOS SF. La transparencia pública: pasado, presente y futuro. *Revista Aragonesa de Administración Pública* 2018; (51):213-243.

ALBUQUERQUE TIP, FRANCO DE SÁ RMP, ARAÚJO JÚNIOR JLAC. Perspectivas e desafios da “nova” política Nacional de Promoção da Saúde: para qual arena política aponta a gestão? *Ciência e Saúde Coletiva* 2016; 21(6):1695-1705.

KOURULA A, MOON J, SALLES-DJELIC ML, WICKERT C. NEW roles of government in the governance of business conduct implications for management and organizational research. *Organization Studies* 2019; 40(8):1101-1123

LIMA LD DE, ALBUQUERQUE MV DE, SCATENA JHG, MELO ECP DE, OLIVEIRA, EX G de, Carvalho MS, Pereira AMM, Oliveira RAD de, Martinelli NL, Oliveira CF de. Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. *Cadernos de Saúde Pública* 2019; 35: 1-17 Sup 2.

23. Casanova AO, Giovanella L, Cruz MM da, Ferreira MFDC. Atores, espaços e rede de políticas na governança em saúde em duas regiões de saúde da Amazônia Legal. *Ciênc. saúde coletiva* 2018; 23(10): 3163-3177.

PEREIRA AMM, LIMA LD DE, MACHADO CV. Descentralização e regionalização da política de saúde: abordagem histórico-comparada entre o Brasil e a Espanha. *Ciênc. saúde coletiva* 2018; 23(7):2239-2252.

Campos JJB de, Forster AC, Freire Filho JR. Lições aprendidas na comparação dos sistemas de saúde brasileiro e espanhol. *Espaço para a Saúde* 2016; 17(1): 121-129.

Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Senso Sinopse 2017* [internet]. [Brasília, DF]: [acesso em 2020 out 10]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/panorama>

EUSKAL ESTATISTIKA ERAKUNDEA (EUSTAT). *Índice de Desarrollo Humano de la C.A. de Euskadi por dimensiones, indicadores e índices*. 2010-2018. [internet]. [Vitoria-Gasteiz]: [acesso em 2019 dez 27]. Disponível em: http://www.eustat.eus/elementos/tbl0013567_c.html. Acesso em: 16 de nov. 2020

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Panorama general: informe sobre desarrollo Humano 2019*. Nueva York: Plaza, 2019.

Espanha. Instituto Nacional de Estadística (INE). *Estadísticas territoriales 2019* [internet]. [Madri] [acesso em 2020 out 12]. Disponível em: <https://www.ine.es/dynInfo/Infografia/Territoriales/capituloGraficos.html#!graf>

World Health Organization (WHO). Global Health Expenditure Database, 2014. [documento na Internet]. [acessado 2020 Abr 03]. [cerca de 6 p.]. Disponível em: <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>

Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD). Stat: Health expenditure and financing, 2020. [internet]. [Paris]: [acesso em 2020 out 12]. Disponível em: <<https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>> Acesso em 01 out. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). *Relatório tipo leito 2020* [internet]. : [acesso em 2020 out 10]. Disponível em: < http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=>

Lobo F. *La economía, la innovación y el futuro del Sistema Nacional de Salud Español*. Funcas: Madri, 2017.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil 1988*. Rio de Janeiro: Roma Victor, 2012.

ESPAÑHA. Governo Vasco. *Plan de salud de Euskadi 2013-2020*. Edición 2ª, abril 2014. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Departamento de Salud: [internet]. Disponível em: < <https://www.euskadi.eus/informacion/politicas-de-salud-para-euskadi-2013-2020/web01-s2osa/es/>> Acesso em: 2 out. 2020.