

Conclusões

Telma Maria Gonçalves Menicucci

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MENICUCCI, TMG. Conclusões. In: *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 291-302. ISBN 978-85-7541-356-2. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Conclusões

O ponto de partida empírico deste estudo foi a constatação de que a assistência à saúde no Brasil, numa perspectiva institucional, é constituída por dois segmentos. O primeiro deles é o público-estatal, no qual o acesso é universal, gratuito e igualitário, com base em uma concepção de direito à saúde consagrado constitucionalmente. O outro é o segmento privado, no qual o acesso se dá em razão do poder de compra ou da inserção privilegiada no mercado de trabalho, caso em que o acesso à assistência é intermediado e financiado, total ou parcialmente, pelo empregador. Ao contrário da assistência pública, a assistência de caráter privado caracteriza-se pela diferenciação das características do produto, que se adquire em um mercado altamente competitivo e diversificado, embora concentrado geograficamente, tanto pelo lado da oferta quanto pelo da demanda.

A análise da trajetória da política de saúde levou à classificação do formato da assistência à saúde brasileiro como um sistema dual. Da perspectiva analítica, afirmar a dualidade implica considerar que não se trata da existência de um *mix* privado/público configurado em virtude de regras claras e precisas que definam os espaços respectivos de atuação do mercado e do Estado e as formas de relacionamento entre os dois campos de ação. Em vez disso, a assistência à saúde no Brasil se configura como uma dupla institucionalidade, e do ponto de vista jurídico-formal não existem vínculos entre as duas modalidades assistenciais, embora atualmente estejam submetidas à regulação procedente da mesma instância governamental, que é o Ministério da Saúde, direta ou indiretamente por intermédio de uma agência reguladora.

Entretanto, essa regulação se faz com base em instrumentos regulatórios e mecanismos decisórios distintos da perspectiva dos fundamentos político-normativos que os informam, reafirmando a independência e a diferenciação formal entre a assistência pública e a privada. Isso significa que a política de assistência à saúde atual revela não apenas duas formas distintas de acesso, financiamento e produção de serviços de saúde, mas também de atuação governamental. Nesse campo, o Estado atua tanto sob a forma de intervenção direta, responsabilizando-se pelo financiamento total e por grande parte da execução dos serviços de saúde, como pela regulação do mercado privado. Se no primeiro caso a intervenção governamental visa garantir o direito constitucional à saúde, que se traduz principalmente no acesso aos serviços de saúde, no segundo o objetivo é desenvolver o mercado, buscando garantir a concorrência e os direitos do consumidor que adquire planos privados de saúde.

Ao se orientar por duas lógicas distintas, e em grande medida até contraditórias, a própria ação governamental reforça a dualidade institucional do sistema de assistência à saúde, sugerindo a inexistência de um objetivo governamental de tornar realidade os dispositivos constitucionais. A ausência de suporte político por parte de grupos sociais relevantes e pelos principais afetados positivamente por uma política de saúde inclusiva demonstra também a inexistência de um consenso societário pela publicização efetiva da assistência à saúde, entendendo-se por isso a incorporação de todos os cidadãos ao Sistema Único de Saúde (SUS), legalmente garantida nos princípios constitucionais, mas de fato negada na realidade da assistência tal como ela tem se efetivado no país.

Produzir uma interpretação para essa configuração institucional da assistência e para o processo político subjacente à definição da política de saúde no Brasil foi o objetivo principal deste trabalho. Isso implicou a identificação dos mecanismos causais que produziram essa configuração, o que permite compreender por que a reforma da política no final dos anos 80, que estabeleceu o sistema universal e público, não logrou incorporar todos os cidadãos à assistência pública. Na medida em que o formato institucional é o resultado das políticas de saúde, entendidas como um conjunto de decisões e ações governamentais, e também de não-decisões, o que se fez foi construir uma interpretação para a política de saúde atual.

De acordo com o modelo analítico utilizado, essa interpretação considerou como fator explicativo principal as políticas de saúde prévias com base no conceito de dependência de trajetória, segundo o qual as decisões são limitadas pelas escolhas do passado, de forma que as políticas de saúde definidas particularmente a partir dos anos 60 afetaram a seqüência de escolhas posteriores e, por seus diferentes efeitos institucionais e políticos, condicionaram a política vigente. Nessa perspectiva teórica, que leva em conta os processos históricos, a análise desenvolvida da trajetória da política de assistência à saúde tratou de identificar os efeitos de *feedback* das políticas anteriores, considerando a dinâmica entre os processos decisórios e os arranjos institucionais constituídos em razão das escolhas definidas em momentos cruciais de redefinição de políticas, que se tornaram parâmetros segundo os quais as escolhas posteriores foram definidas. Em outros termos, tratei de identificar os mecanismos por meio dos quais as políticas de saúde definidas anteriormente afetaram o seu desenvolvimento posterior, particularmente ao influenciar o processo político não apenas por constituir atores e interesses, mas também por condicionar a formação de suas preferências e modelar as interações e o comportamento político dos grupos beneficiados por ela.

Para atender a esses objetivos, a trajetória da assistência à saúde no Brasil foi recortada em razão de três momentos cruciais. O primeiro foi o de constituição do modelo segmentado com base na configuração de um certo padrão público/privado nos anos 60; o segundo, o de formação e definição da reforma da política de saúde nos anos 80; o terceiro, o de implantação da reforma na década de 90, paralelamente aos processos de formação e decisão da política regulatória da assistência privada, então denominada suplementar, em clara afirmação de sua autonomia em relação à assistência pública.

Sumarizando as principais conclusões apresentadas nos capítulos precedentes, considero que as políticas anteriores levaram à configuração e continuidade do sistema dual de assistência à saúde em razão de vários efeitos, todos interligados. Em primeiro lugar, as decisões governamentais voltadas para a assistência à saúde de caráter público ou para a ampliação de cobertura favoreceram a constituição de determinados padrões de assistência, fornecendo incentivos diretos e indiretos para o desenvolvimento do mercado privado de saúde, tanto no aspecto da prestação de serviços quanto no da gestão privada

da assistência, paralelamente à ampliação da cobertura pública. Esses incentivos favoreceram o desenvolvimento da assistência médica de caráter empresarial em detrimento da assistência pública, encorajando a expansão de redes de produção e gestão da assistência à saúde. No caso da produção de serviços, a opção governamental pela compra de serviços privados favoreceu a expansão desse mercado, que teve na política previdenciária a garantia da demanda financiada pelo Estado. Por meio da alocação direta de recursos ou de incentivos fiscais, as políticas previdenciárias favoreceram o desenvolvimento de diversos segmentos empresariais e propiciaram o surgimento de instituições como a medicina de grupo, as cooperativas médicas e os sistemas de autogestão vinculados a empresas que administram planos de saúde para seus empregados. Nos anos 80, também favorecida por incentivos fiscais às pessoas físicas, a assistência privada se expandiu para fora das empresas empregadoras por meio dos planos de saúde contratados diretamente pelo usuário com as diferentes operadoras comerciais de planos de saúde. O desenvolvimento dessas modalidades de assistência significou a institucionalização de formas diversificadas de financiamento, provisão e acesso à assistência, configurando o padrão segmentado da assistência no Brasil. Os investimentos privados no setor e a atuação dos diversos agentes do mercado – prestadores de serviços, operadoras de planos de saúde, empresas empregadoras e usuários da assistência privada –, favorecidos por decisões governamentais que encorajaram determinadas ações, levaram ao estabelecimento de padrões de comportamento difíceis de serem mudados.

Em segundo lugar, e em decorrência do efeito anterior, as políticas de saúde, ao modelarem diferentes identidades e clivagens sociais, contribuíram para a estruturação dos interesses privados na saúde e, nessa medida, condicionaram o conflito político e estruturaram o processo de tomada de decisões ao configurarem a arena da saúde e as disputas por alternativas de políticas. Os segmentos empresariais da saúde constituíram organizações de interesses e conseguiram concentrar recursos políticos que lhes permitiram obter significativa influência nos processos decisórios subsequentes, particularmente na definição de reforma sanitária nos anos 80 e da política regulatória da assistência supletiva na década seguinte, ocasiões em que esses atores iriam defender os arranjos preestabelecidos.

Os efeitos de *feedback* sobre o processo político não se limitam ao papel dos representantes dos interesses empresariais, mas se expressam também no comportamento dos beneficiados pela trajetória específica da política de saúde na condição de usuários. Na sua origem, por se vincular prioritariamente à Previdência Social, a assistência à saúde de caráter público reproduziu as diferenciações registradas entre as diferentes instituições previdenciárias, sendo uma expressão da cidadania regulada que caracterizou a constituição dos direitos sociais no Brasil. A unificação dessas instituições na década de 60, com a conseqüente equalização dos benefícios e serviços, foi acompanhada da recriação de novas formas de segmentação, desta vez em razão da inserção de categorias privilegiadas de trabalhadores em formas privadas de assistência com base nas decisões governamentais voltadas para a ampliação da cobertura sob a forma de convênios da Previdência Social com empresas. Essas duas formas de segmentação de clientela, com a correspondente armação institucional para garantir a cobertura de segmentos de trabalhadores, não favoreceram a constituição de uma identidade coletiva e de valores solidaristas entre o público-alvo da política, capaz de articular uma demanda universalista. Ao contrário, propiciou a particularização das demandas de saúde e a constituição de identidades corporativas.

De forma indireta, esse modelo teria conseqüências para a implantação da reforma da política nos anos 90, de sentido universalista e publicista, que não iria contar com o apoio efetivo, embora o tivesse formalmente, dos setores mais mobilizados dos trabalhadores. Por estarem incluídos previamente em formas privadas de atenção à saúde vinculadas ao contrato de trabalho, esses segmentos, na prática, deram sustentação à assistência privada e constituíram um veto implícito à universalização da assistência pública. A falta de identificação dos trabalhadores organizados com uma assistência pública e igualitária e a falta de incentivos para apoiar uma reforma que, pelo menos a curto prazo, tenderia a lhes trazer perdas objetivas, mesmo que de forma passiva, contribuíram para o enfraquecimento da proposta da reforma sanitária, de caráter publicista e universalista, e para o fortalecimento da segmentação de clientela, reforçando a perspectiva de que ao SUS cabe a cobertura da população mais pobre e em condições desfavoráveis de inserção no mercado de trabalho. Ao se constituir inicialmente de forma segmentada, o formato

institucional da assistência não favoreceu a consolidação de uma proposta de cidadania inclusiva e igualitária, da forma idealizada nos princípios da reforma consagrada constitucionalmente, a qual não foi o resultado de uma demanda coletiva dos usuários.

As políticas prévias tiveram também efeitos sobre a capacidade governamental de implementar a reforma definida nos anos 80 por motivos associados à própria natureza da assistência à saúde, que demanda a disponibilidade de uma rede diversificada de serviços de saúde. Para permitir, efetivamente, o acesso universal, seria imprescindível ao SUS dispor de uma rede de atendimento ampla, própria ou regulada estatalmente de forma a garantir a prestação dos serviços pela rede privada. O veto à expansão da rede pública de prestação de serviços ao longo da trajetória da política de saúde, associado à opção pela compra de serviços privados, levou a uma dependência da rede privada para a garantia da assistência pública. Como essa opção não foi acompanhada do desenvolvimento da capacidade reguladora do governo, fortemente penetrado pelos interesses dos prestadores privados por meio dos anéis burocráticos, a consequência foi a submissão da lógica da atuação pública à lógica dos interesses privados. Esse legado político e estrutural das políticas coloca hoje limites para a ampliação do atendimento e para a eliminação das barreiras ao acesso em uma situação em que a conjuntura econômica e ideológica não inclui na agenda a ampliação da rede pública. Independentemente disso, a prática de compra de serviços tende a ser readotada, sendo considerada a resposta natural, de forma que a ampliação da rede pública sequer tem entrado no debate público. Embora a natureza privada dos estabelecimentos de saúde não impeça por si só a publicização da rede ou serviços contratados, a configuração institucional híbrida do sistema de saúde brasileiro causa constrangimentos, de fato, para que se consiga fazer prevalecer o interesse público sobre o privado.

Em consequência dos efeitos do legado das políticas prévias, a reforma sanitária definida na Constituição de 1988 foi um processo de inovação limitada, caracterizado tanto por uma ruptura em termos jurídico-formais do padrão de cidadania regulada e segmentada como por elementos de continuidade, que se traduzem na convivência entre formas públicas e privadas de assistência, apesar da universalização formal da atenção pública. Essa

duplicidade se expressa no próprio texto constitucional, se concretiza pelo aprofundamento das características do modelo híbrido da assistência e se consolida com a regulação da assistência privada no final dos anos 90.

A reforma da política de saúde foi, assim, o resultado de uma confluência de fatores endógenos e exógenos à própria política. De um lado, a inovação foi possibilitada pela conjuntura política mais ampla de democratização e pela configuração interna de uma crise setorial; de outro, o legado das políticas prévias levou à convivência da inovação com a continuidade. O contexto político permitiu que novos atores, portadores de uma proposta inovadora, fossem incorporados à arena setorial e conseguissem alterar a agenda e articular apoio para a aprovação da reforma. Para isso, souberam tirar proveito de uma situação de crise setorial que, como toda crise, favorecia a emergência de soluções alternativas para a reformulação da política, e construíram a proposta de reforma durante mais de uma década mediante o desenvolvimento do seu referencial teórico, da divulgação de idéias e da articulação de apoiadores, pela constituição de uma comunidade epistêmica. No processo de construção da proposta da reforma, as idéias inovadoras foram, contudo, filtradas pelas instituições e práticas de saúde já consolidadas, sofrendo alterações sucessivas para acomodar as instituições vigentes e os interesses consolidados, de modo a influenciar a configuração da agenda reformista.

O processo de formação e de decisão da reforma refletiu também os efeitos das políticas anteriores sobre o processo político ao tornar evidentes as divergências prescritivas entre os diferentes atores. A definição da reforma da política conviveu com a manutenção dos arranjos previamente estabelecidos, demonstrando a influência dos interesses consolidados ao longo da trajetória da assistência. No momento da implementação da reforma, essas contradições se explicitaram, deixando evidente que a mudança institucional não caracterizara uma conjuntura crítica, no sentido de ter definido uma mudança de rota para a assistência à saúde. Além de não ser descontínua, a mudança institucionalizou a dupla trajetória, não apenas por meio de dispositivos do texto constitucional como também por meio daquilo que ele não explicitou, particularmente ao não regular a assistência privada nem definir o espaço de sua atuação em relação ao segmento público. Em termos legais, a escolha resultante do embate entre alternativas distintas, que expressavam as preferên-

cias de dois conjuntos de atores, contemplou os dois ideários que se confrontaram durante o processo constituinte.

Essa explicação do caráter híbrido da reforma tem como suposto que as políticas de saúde funcionaram como variáveis dependentes, sendo, portanto, conseqüências da ação política, mas também como variáveis independentes ao explicarem o desenvolvimento político e as políticas posteriores em razão de seus efeitos institucionais. É esse duplo caráter que explica o formato híbrido da política de saúde definida por ocasião da reforma, conseqüência da sua própria trajetória, mas também trazendo elementos de inovação em razão de uma ação política organizada com vistas a um redesenho institucional.

Ao longo da trajetória da política de saúde, não apenas a ausência de expansão da rede pública de serviços de saúde e a baixa regulação dos prestadores privados vão desembocar em dificuldades concretas para a implementação do SUS na década de 90. Expressando o poder de veto dos interesses privados e do próprio governo, outras não-decisões terão efeitos similares, como a indefinição das fontes de custeio do SUS de forma a garantir recursos financeiros proporcionais à gradativa ampliação da cobertura pública e a ausência de regulação da assistência privada dos anos 60 até o final da década de 90. A instabilidade na alocação de recursos desde a reforma tem sugerido uma estratégia governamental de inviabilização sistêmica do sistema público, entendida como a utilização de mecanismos indiretos, em vez de propostas explícitas de redução programática dos objetivos do SUS.

Evidências desse argumento podem ser encontradas na análise do financiamento do SUS, caso em que a prática concreta tem negado constantemente os objetivos da reforma, culminando com a aprovação da Emenda Constitucional 29. Embora tenha como objetivo formal garantir fontes estáveis de financiamento, ao que tudo indica a EC 29 é mais uma forma legal, embora implícita, de reduzir ou, no mínimo, congelar os recursos federais destinados ao financiamento das ações e dos serviços de saúde, forçando a ampliação dos recursos alocados pelas instâncias subnacionais de governo em contexto de grave crise de financiamento das Unidades Federadas. O financiamento inadequado seria mais uma manifestação da inexistência de um consenso governamental no sentido de concretizar os princípios do SUS em sua completa acepção, sendo uma de suas expressões o conflito intraburocrático em torno

da interpretação da base de cálculo das transferências federais, que tem se traduzido em prejuízos para o financiamento do setor.

A implantação do sistema de saúde de caráter universal coincide com a crise econômica e com o movimento de reforma do Estado. Esses processos trouxeram no seu bojo a difusão de propostas de redução da atuação do Estado, o questionamento de políticas de cunho universalista e a defesa da provisão privada de serviços sociais para aquelas categorias com capacidade de adquiri-los no mercado, com a correlata focalização dos gastos públicos nos segmentos mais pobres. É plausível supor que esse contexto político, econômico e ideológico causou novos problemas para a implementação da reforma sanitária e fragilizou o próprio ideário do SUS que confrontava com a nova agenda que se delineava para as políticas sociais, entre elas as de saúde. Além disso, o processamento da agenda reformista foi dificultado em razão das restrições à ampliação do gasto público em contexto de estabilização econômica. Entretanto, esses fatores econômicos e ideológicos, que são convergentes para o conjunto dos países latino-americanos, não são suficientes para explicar os processos de privatização na saúde, que assumiram feições diferentes e intensidades variadas.

No caso brasileiro, a expansão da assistência privada em detrimento da assistência pública não traduz um padrão de convergência na natureza e no conteúdo da reforma. Ao contrário, ela encontra explicação em fatores internos relacionados com a própria trajetória da política de saúde, na qual o *timing* da privatização foi muito anterior ao movimento de reforma do Estado. O crescimento do setor privado no Brasil, entendido tanto pela prestação de serviços por unidades privadas como pela existência de formas privadas de financiamento, gestão e acesso a serviços de saúde, foi aqui bem anterior ao movimento de valorização do mercado, fruto das reformas econômicas dos anos 90, não podendo ser visto como uma resposta às mudanças na conjuntura nacional e internacional.

Mais do que isso, a reforma de cunho publicista e universal foi possível em um contexto de mudança política mais ampla, quando se abriu uma ‘janela’ política que permitiu a reforma da política de saúde em uma situação favorável a rupturas institucionais. No momento de implantação, contudo, fecha-se essa janela, e esse processo se dá simultaneamente à conformação de uma

nova agenda, em situação de reconfiguração do Estado. A confluência desses processos vai definir os contornos da assistência no país, aprofundando as tendências históricas. Assim, a conjuntura dos anos 90 corroe o ideário da reforma antes mesmo que ele tivesse sido capaz de alterar a forma de atuação governamental e a concepção pública de assistência construída historicamente.

Entretanto, apesar das restrições, o SUS se institucionalizou, na medida em que ocorreu de fato uma reorganização da assistência pública no país, inclusive com o reconhecimento público do direito à saúde. No processo de institucionalização, outros atores se constituíram e passaram a disputar espaço na arena decisória, particularmente os gestores municipais e estaduais, fortalecidos em razão do processo de descentralização, e os conselhos de saúde formados nos três níveis de governo como exigência da legislação. A mobilização em torno da viabilização financeira da assistência pública durante a década de 90 mostrou a visibilidade e a importância política que ela assumira, bem como a rede de instituições e atores constituída em torno do SUS, cujos interesses são diretamente afetados pela política de saúde, como os prestadores privados e profissionais de saúde, uma vez que a principal porta de entrada para a assistência é o sistema público.

A dupla trajetória da assistência à saúde no Brasil no período de quatro décadas se consolida no final da década de 90 com o estabelecimento da política regulatória voltada para o segmento privado. Essa regulação formalizou essa dualidade do ponto de vista legal, normativo e institucional, na medida em que os segmentos público e privado passaram a ser objeto da política de saúde de forma explícita e de modo a confirmar a independência entre as duas modalidades institucionais, a oposição entre os princípios norteadores de cada uma das formas de assistência, e a segmentação dos usuários. A adoção do instrumento de regulação na forma de uma agência reguladora revelou a influência dos modelos prescritivos vinculados às novas formas de intervenção do Estado na economia que têm acompanhado o movimento internacional de privatização. Diferentemente, no caso da saúde no Brasil, a regulação evidencia a ampliação da intervenção estatal em um mercado antes auto-regulado, com vistas a evitar as ‘falhas de mercado’, além de não substituir as formas tradicionais de intervenção direta. Ao contrário, o processo regulatório coincide com o aprofundamento da intervenção estatal no setor, sob a forma

de financiamento, gestão e produção de serviços, que caracteriza o processo de implantação da reforma da política de saúde, baseada nos princípios da universalização e da responsabilidade governamental pela garantia do direito à saúde. As duas formas de intervenção são, ainda, vinculadas a mecanismos institucionais de tomada de decisão contraditórios que expressam pressupostos políticos diversos relativos à participação da sociedade nos processos decisórios e à responsabilização do Poder Público por meio de mecanismos de controle verticais.

Duas lógicas seguem operando na política de saúde que se expressam em uma forma contraditória de expansão da assistência. De um lado, uma lógica publicista, traduzida nos esforços de viabilizar o SUS, mesmo que voltado principalmente para os segmentos de menor poder aquisitivo, em um processo que, de certa forma, tornou-se irreversível. De outro lado, a lógica privatista, que tem como efeito a regulação do mercado, como forma de torná-lo mais eficiente, o que significa a ampliação da oferta e do consumo de planos e seguros de saúde.

O encadeamento de processos e ações de diferentes atores ao longo de quatro décadas levou à constituição de uma determinada configuração público/privado na assistência à saúde cuja característica mais marcante é o seu caráter segmentado. A consolidação da dupla trajetória da assistência se expressa nos dispositivos legais, na configuração da rede prestadora, no perfil dos usuários e nos instrumentos regulatórios.

De forma prospectiva, é possível especular sobre os desdobramentos da política de saúde brasileira com base nos componentes analíticos da interpretação que fizemos da sua trajetória. Na medida em que os efeitos de *feedback* das políticas prévias consolidaram um determinado padrão de assistência, na ausência de fatores que provoquem desequilíbrios nos arranjos moldados até agora, é pouco provável que a configuração institucional da assistência venha sofrer alterações relevantes. As possibilidades de reformulação institucional dependem de alterações no contexto mais amplo, político ou econômico, ou de crises internas que possam ser utilizadas como oportunidade por atores portadores de propostas alternativas. Embora do ponto de vista da racionalidade técnica seja possível pensar em outra configuração público/privado diferente da que prevalece no modelo brasileiro, não há indícios de pro-

postas articuladas de um novo desenho para a política de assistência. Ou seja, a questão não está na agenda.

A dinâmica interna da própria política de saúde mostra várias contradições e estrangulamentos, muitos deles decorrentes da sua própria natureza dual, que produz numerosas ineficiências. Essa situação tende a produzir crises que, dependendo da forma como forem utilizadas pelos atores políticos, poderão abrir novas janelas políticas e levar a rupturas, mesmo que limitadas pelas políticas prévias. Se o modelo analítico admite a possibilidade de mudança, porém, o sentido dela é imprevisível. Porque se desenvolve uma dupla trajetória, é possível pensar em desdobramentos duplos ou diferentes alternativas na evolução da assistência, dependendo de que segmento vai encontrar condições mais favoráveis de desenvolvimento, uma vez que escolhas diferentes são sempre possíveis.

Entretanto, alguns indícios relativos ao comportamento do mercado permitem sugerir alguns desdobramentos possíveis. Em primeiro lugar, a regulação da assistência supletiva não tem levado à expansão do mercado, que se encontra em fase de quase estagnação ou, mesmo, de saturação. Em segundo, as agências reguladoras não têm conseguido corrigir as falhas do mercado, e o conflito relativo às regras não tem logrado construir um consenso. Por sua vez, o SUS avança no processo de institucionalização e tem se materializado em formatos institucionais que também vão fornecer a moldura em que se farão novas escolhas, decisões e políticas futuras em razão da constituição de interesses e atores. É possível especular que esses possam vir a dar maior sustentação política ao SUS em um quadro de restrições econômicas concretas para a expansão do segmento privado. Ou seja, da mesma forma que o modelo de política adotada no passado produziu instituições, legislação e interesses de forma a limitar as escolhas posteriores, também a dinâmica futura da política de saúde poderá ser afetada pelos efeitos institucionais da consolidação do SUS caso o segmento privado não encontre novas alternativas de expansão. Mas, na falta de fatores contingenciais que provoquem desequilíbrios e favoreçam inovações, e na inexistência de uma proposta inovadora articulada politicamente, a tendência será da inércia institucional.