

Política para o Complexo Industrial da Saúde: Caminho para Universalização?

Policy for the Health Industrial Complex: Way for Everyone's Access?

*Leila Maria Bedeschi Costa**

Resumo: O artigo objetiva apresentar a política para o Complexo Industrial da Saúde em curso no país, avaliando-a enquanto formulação. Investigam-se documentos do Plano Plurianual Federal – PPA 2008-2011- e a legislação federal pertinente. O estudo elenca alguns elementos para pesquisas futuras, bem como para avaliação de eficácia. A política em questão foi formulada com base em concepção, defendida originalmente por Gadelha (2003), que articula a visão do desenvolvimento econômico com a perspectiva sanitária. Tem como principal justificativa o grau de dependência externa do país nas indústrias que atendem ao mercado de saúde, o que pode colocar em risco o objetivo central da Política Nacional de Saúde: a universalização. Esta abordagem retoma a concepção desenvolvimentista estruturalista, com a incorporação do elemento tecnológico trazido pelos neoschumpeterianos e inova ao considerar estratégica a indústria que dá base a uma política pública. Conclui-se que a estruturação em torno do conceito de Complexo Industrial de Saúde expressa um avanço, na medida em que ataca um importante condicionante da assistência à saúde. Entretanto, traz consigo os riscos e dilemas históricos da política industrial.

Palavras-chave: Política industrial. Complexo Industrial da Saúde. Política Nacional de Saúde. Universalização. PPA-2008-2011. Profarma.

Abstract: The paper present Brazil's current policy for Health Industrial Complex, as a building strategy. It studies government planning from 2008 to 2011 (PPA) and related laws. Some points to future research and others to efficacy's analysis are listed. This policy is based on Gadelhas's view (GADELHA, 2003) about Health Industrial Complex, that associate economic development and health care services. The measure of Brazilian commercial dependence of products to health services market justifies it, because there is a threat to the prime objective of Health National Policy: everyone's access. This approach review Developmentalism,

* Doutoranda em Economia pelo Programa de Pós-Graduação em Economia (PPGE) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: leilabedeschi@ig.com.br

Structuralism and include the new issues about technologies were introduced to neoschumpeterian economists. It innovates when considerer the industry on the basis of a public policy as strategic. At last, the building around the express concept of Health Industrial Complex is an advance. It attacks an import problem of assistance. However, it brings back risks and dilemmas of industrial policy.

Keywords: Industrial Policy. Health Industrial Complex. Health National Policy. Everyone's access. PPA-2008-2011. Profarma.

JEL Classification: I18; L52.

1 Introdução

O conceito de Complexo Industrial da Saúde foi desenvolvido por Gadelha (2003, 2006) a partir do projeto Estudo de Competitividade por Cadeias Integradas no Brasil (GADELHA, 2004). Designa “[...] um conjunto selecionado de atividades produtivas que mantêm relações intersetoriais de compra e venda de bens e serviços [...] envolvendo a prestação de serviços como espaço econômico para o qual flui toda a produção em saúde.” (GADELHA, 2006, p. 15).

Fazem parte do Complexo as indústrias produtoras de químicos ou biotecnológicos, a indústria de equipamentos e materiais médicos e odontológicos, bem como o setor prestador de serviços hospitalares e ambulatoriais de saúde, que conforma a demanda para os demais setores, “[...] estruturando e delimitando, do ponto de vista econômico, o Complexo Industrial da Saúde” (GADELHA, 2004, p. 276).

Ao considerar a própria prestação de serviços como um dos elos, o autor enfatiza o elevado grau de relações comerciais, tecnológicas e sociais que ligam a estrutura produtiva à prestação dos serviços de assistência. Procura superar a dicotomia cognitiva, analítica e política que contrapunha, até então, o debate sobre política de saúde e sobre desenvolvimento econômico. Sob essa abordagem, a política industrial e tecnológica voltada para os fornecedores do Setor de Saúde passa a ser vista como uma necessidade, face à crescente demanda por serviços de saúde. Ela pode gerar progresso tecnológico endógeno e elevar a capacidade produtiva, para fazer face à expansão de longo prazo.

Os segmentos do Complexo Industrial de Saúde são intensivos em tecnologia. Isto traz implicações específicas para os atores envolvidos. Para as empresas, a lógica competitiva impõe que os investimentos em Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) sejam decisivos para a manutenção de posições no mercado. Buscam-se lucros extraordinários via inovações e respectivos registros de patentes. Para os governos, a tendência à concentração espacial e setorial dos ganhos com inovações impõe a elaboração de políticas adequadas – tanto industrial e tecnológica quanto normativas – para possibilitar o crescimento do mercado interno sem que isto gere

desequilíbrios estruturais no Balanço de Pagamentos. Portanto, sob uma lógica de desenvolvimento econômico, a dinâmica do Complexo Industrial de Saúde sugere a necessidade de uma política industrial.

Quando se toma a ótica sanitária, esta necessidade parece ainda mais premente. Há um latente conflito entre demanda por serviços de saúde e a produção dos insumos necessários. Enquanto a produção nos elos iniciais do Complexo Industrial de Saúde é governada pela competição tecnológica entre agentes majoritariamente privados, a prestação de serviços obedece a uma lógica distinta - a do direito à assistência. Na maioria dos países o próprio Estado é o principal provedor.

No Brasil este dilema se explicitou após o movimento que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (1989), que trouxe para o Estado a obrigação de prover assistência universal. Neste contexto, fica mais evidente a necessidade de uma intervenção de caráter estratégica pelo governo brasileiro, envolvendo a reformulação da regulamentação do setor, bem como a elaboração de uma política industrial e tecnológica. Uma mudança orientada na estrutura produtiva do setor, internalizando segmentos mais complexos, passa a ser requerida para assegurar sustentabilidade à elevação da demanda e evitar desequilíbrios nas contas externas.

O governo federal brasileiro adotou formalmente o conceito de Complexo Industrial da Saúde no planejamento do período 2008 a 2011, através do Eixo 3 do Planejamento Plurianual - PPA 2008-2011 (BRASIL, 2011). Este fato insere-se noutro mais amplo - a retomada da concepção de política industrial, desde as duas últimas gestões do governo federal. O papel do Estado como instância articuladora do Complexo Industrial da Saúde justifica-se pela expressiva dependência do país em relação ao mercado externo (GADELHA, 2006) e pelo potencial risco à política de universalização. Trata-se de uma correção de rumos em relação à política de abertura indiscriminada dos anos 90, que conduziu a mudanças expressivas na estrutura industrial - com aumento das importações, persistente elevação de preços de produtos farmacêuticos ao longo da década, desnacionalização da indústria, contração da produção nacional, desverticalização e especialização (CALIARI, 2008).

Já em 1999 concebeu-se a política dos medicamentos genéricos, que respondia especificamente ao problema da vulnerabilidade cambial e consequente elevação do custo dos medicamentos. A política atual a incorpora e amplia, abordando questões como déficit acumulado na Balança Comercial de US\$ 7,13 bilhões, concentração das importações nos segmentos de mais elevada tecnologia, elevação expressiva nos gastos diretos com produtos e insumos industriais como proporção dos gastos em saúde (BRASIL, 2011).

As características impressas ao planejamento de médio prazo e nas novas normas introduzidas configuram uma ação do Estado para além de instância regu-

latória da ação dos agentes privados. Formalmente, o papel que lhe foi atribuído é central na trajetória de longo prazo do Complexo Industrial de Saúde, numa ação dirigida à superação da dependência em relação a importações de bens de capital, insumos e produtos.

Apresentam-se no artigo as principais características da política industrial para o Complexo Industrial da Saúde, triênio 2008-11 avaliando-a enquanto formulação – eixos, diretrizes. Sugerem-se pontos para pesquisas posteriores sobre sua eficácia.

Alocação de recursos públicos e normas, bem como articulações entre ambos, configuram o perfil de intervenção do Estado no Complexo, em questão. São analisados dois conjuntos de informações:

- a) os gastos planejados para o médio prazo pelo governo federal;
- b) a regulamentação sobre o Complexo que entrou em vigor no período em análise – leis, portarias do Ministério da Saúde, resoluções presidenciais.

Os gastos governamentais planejados para o Complexo Industrial da Saúde identificam-se através dos instrumentos Plano Plurianual Federal (PPA) e Orçamento de Investimento do BNDES no Programa Profarma. A regulamentação é tida aqui como a formatação institucional adotada no mesmo período para estimular investimentos no Complexo.

Na segunda parte deste artigo caracteriza-se a política em curso, detalhando as principais medidas adotadas. Na seguinte, o perfil de tais medidas é analisado, à luz de conceitos históricos e recentes de política industrial. Na conclusão são tratados os riscos e potencialidades que esta perspectiva traz. Em especial, com relação à questão que tal política visou responder: viabilizar a universalização da assistência.

2 Características da Política para o Complexo Industrial da Saúde

O conceito de Complexo Industrial de Saúde foi incluído no planejamento de médio prazo do governo federal do último ciclo – PPA 2008-11, Eixo 3, com as respectivas metas físicas e financeiras. Tem como antecedente a política de regulamentação de genéricos, primeira iniciativa de enfrentamento à vulnerabilidade externa do setor.

Conforme já foi dito, o Complexo Industrial da Saúde envolve o conjunto das atividades produtivas, de compra e venda de bens e serviços e/ou tecnologias necessárias à produção de assistência à saúde. Incorpora as indústrias de base, mecânica e eletrônica. Enquanto o primeiro grupo fornece os itens a serem consumidos no atendimento, tais como fármacos, vacinas, reagentes e hemoderivados, o último fornece equipamentos para diagnósticos e intervenções. Todos estes de-

mandados pelos prestadores de serviços em saúde – ambulatorios, hospitais, centros de diagnóstico e tratamento. O último elo desta cadeia é a assistência, privada ou pública, a quem necessita de cuidados à saúde.

A política elaborada pelo governo brasileiro para o Complexo foi estruturada em três eixos:

- a) ações e programas do Plano Plurianual – planejamento de gastos fiscais e de investimento nas estruturas públicas de assistência à saúde;
- b) criação do Programa de Apoio ao Desenvolvimento da Indústria Farmacêutica (Profarma) – que aloca recursos ao BNDES para financiamento de investimentos privados no Complexo;
- c) medidas institucionais – emissão de leis, decretos e resoluções regulamentando as relações de produção, comercialização externa, certificação e aquisições pelo setor público de itens do Complexo.

A simultaneidade e a articulação entre tais medidas revelam intencionalidade, permitindo que se atribua a elas o status de uma política para o Complexo de Saúde. Abaixo apresentamos suas características gerais.

O primeiro aspecto a notar é o papel ativo do Estado no Complexo, através de investimento direto, indução das decisões de mercado via crédito direcionado e arcabouço institucional que incentiva produção no país. Em relação à política industrial tradicionalmente realizada no Brasil, envolve uma peculiaridade: trata-se de uma política industrial que visa à efetividade de uma política pública, dentre outros objetivos.

Assume-se que tanto a amplitude quanto a qualidade da assistência prestada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) têm relação direta com a estrutura produtiva subjacente à prestação de serviços. Em resposta ao aumento da demanda, o consumo acelerou-se e como é o Estado o principal comprador, cresceram os gastos públicos, expressivamente entre 2003 e 2008, em especial em equipamentos (THE LANCET, 2011).

O segundo aspecto relevante é o grau de articulação da política, em três dimensões: sua estruturação dentro do governo, envolvendo diversos ministérios; a combinação de investimentos públicos com estímulo a empreendimentos privados; apoio simultâneo à elevação da produção e ao desenvolvimento tecnológico.

As metas para o Complexo Industrial de Saúde integram a Política Industrial - sob a coordenação do Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior - e também são estruturantes da Política de Saúde, exigindo gestão compartilhada. Retomando o bem-sucedido modelo dos grupos de trabalho do Plano de Metas do Governo JK, foi constituído o Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (Decreto Presidencial, mai/2008), sob a coordenação do Ministério da Saúde. Participam órgãos responsáveis direta e indiretamente pela oferta de insumos à assistência em saúde: Ministérios de Saúde, Ciência e Tecnologia, Re-

lações Exteriores, Planejamento Orçamento e Gestão, Fazenda, Casa Civil, além de órgãos governamentais especializados em pesquisa, certificação e crédito. O grupo tem o papel de coordenar medidas regulatórias e política de desenvolvimento produtivo, em torno de necessidades estratégicas de insumos, produtos e equipamentos para o SUS (Portaria 1284/2010). Propõe a alocação dos recursos, para produção, inovação e pesquisa, incentivos de natureza tributária e de outras (compras governamentais) e política de certificação/acreditação (Anexo II).

O apoio à produção privada se dá através do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, sob a forma de crédito direcionado a investimentos produtivos. O Profarma/BNDES (2004), reformulado e ampliado em 2007 para Programa de Apoio ao Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde, inclui todos os segmentos do setor, apoiando implantação e expansão industrial, exportação, inovação. Há recursos também para pesquisa e desenvolvimento (inéditos na trajetória do Banco). O Programa inclui apoio a fusões e aquisições, buscando fomentar grandes *players* nacionais. Ao final de 2007 haviam sido liberados R\$ 1,03 bilhão, 70% destinados à expansão da produção e implantação, sendo 55% para empresas de grande porte. Espera-se com o Programa reduzir em 20% o déficit da Balança Comercial, bem como imprimir à produção nacional um crescimento de 7% ao ano.

Nas metas do Plano Plurianual de 2008 a 2011 (BRASIL, 2011) o Complexo Industrial da Saúde consiste em eixo específico, tendo sido prevista a alocação de R\$ 2,014 bilhões em receitas (PPA 2008-11 e expansão anual) para os gastos com todas as medidas, além de R\$ 3 bilhões ao BNDES para execução do Profarma. Observe-se que já ocorreu expansão da previsão inicial, o que significa reforço à importância da política. Por volume de recursos alocados, em ordem decrescente, as prioridades são: fortalecer a capacidade instalada de pesquisa em saúde, nos aparatos públicos (37%); aumentar a produção dos laboratórios oficiais, correspondendo a 27,4% do mesmo total e concluir a fábrica da Hemobrás (8%).

Em valores monetários, o apoio à produção do setor privado (aproximadamente 60% dos recursos alocados) supera os gastos destinados ao aparato público. A alocação entre as duas esferas demonstra que maior peso foi dado à política industrial substitutiva – estímulo à expansão da produção privada, fusões e aquisições, coerente com a perspectiva de que produzir internamente reduz a vulnerabilidade. Essa informação não é suficiente para julgar a expressividade do volume alocado face às dimensões do negócio privado no setor.

Enquanto ao Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) coube coordenar a tradicional política industrial, no desenho do PPA reconhece-se a dinâmica essencialmente tecnológica do setor. A maioria das medidas envolve política tecnológica ou uma combinação desta com estímulo à expansão da produção (Anexo A). Destacam-se a prioridade ao fortalecimento e

regionalização das instituições produtoras de conhecimento e difusão tecnológica e a implantação da fábrica de hemoderivados, onde se situa nosso maior déficit em importações. A articulação entre estímulo à produção e ao desenvolvimento tecnológico revela-se ainda nas políticas de crédito direcionado e na reconfiguração do ambiente institucional, tratada na sequência.

É importante salientar que medidas incluídas no planejamento são estimativas; não necessariamente se traduzirão em Orçamentos Anuais. Se transformadas, ainda resta analisar a capacidade de execução orçamentária (se as despesas serão efetivadas). A observação específica das metas do Eixo 3 não permite avaliar sua importância no contexto do Orçamento, mas identificar prioridades no interior do mesmo. O que se pode identificar ao focalizar a alocação de recursos no planejamento é a concepção dos gestores quanto à relevância de cada item. Ou vista sob outro ângulo, a alocação revela o resultado da correlação de forças interna ao governo.

Os documentos analisados revelam uma combinação entre medidas com foco na demanda imediata e medidas de longo prazo, voltadas para o desenvolvimento tecnológico e o fortalecimento dos *players* nacionais. A produção governamental é tratada como complementar à privada e não substitutiva. O que se aponta como central é o estímulo à produção no país.

Ao lado das medidas apresentadas, que estimulam a produção e o desenvolvimento tecnológico, coloca-se com igual importância o conjunto de normas que regulamentam o setor (Anexo B). A normatização integra a política criando o ambiente institucional para produção e inovação tecnológica, aumentando a probabilidade de que a assistência à saúde se desenvolva com qualidade.

Como o governo brasileiro, através do SUS, é o principal demandante de itens industriais para prestação de assistência à saúde, é fundamental normatizar as relações das agências governamentais com os fornecedores industriais. Normas sobre compras governamentais internas e importações, sobre os itens essenciais ao SUS funcionam como ordenadoras de tendências. Influem nas decisões empresariais sobre o que produzir e sob qual padrão de qualidade. A eleição dos produtos considerados estratégicos para o SUS é a base em torno da qual se articula o apoio à produção nacional, pública e privada. A norma que regulamenta este ponto constitui o elo entre os dois ramos da política – o mais diretivo e o institucional.

As compras públicas privilegiam produtores nacionais (P. 3031/2008, Min. Saúde). E ainda, somente se permite a compra pelo SUS daquilo que foi certificado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (P. 128/2008). A última medida combina os dois aspectos: estímulo à produção nacional e regulamentação da qualidade.

Outro marco institucional é o formato do apoio ao setor privado, através do crédito direcionado, neste caso, associando a concessão do crédito a setores

específicos e a investimentos especificados no Profarma. Neste caso, o maior destaque é para a política de estímulo à formação de grandes jogadores no mercado interno.

O papel regulador do Estado, especialmente no tocante à trajetória tecnológica a ser assumida, aparece em algumas das normas. Há a publicação da listagem dos itens considerados estratégicos ao Sistema Único de Saúde, que norteia a produção dos agentes. Destaca-se o Programa Nacional para Qualificação, Produção e Inovação em Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde (P. 375/2008).

A constituição da Rede Brasileira de Centros Públicos de Equivalência e Bioequivalência (R. 221/2006) coloca os laboratórios públicos no centro estratégico da política de genéricos. Na direção da maior confiabilidade dos serviços, foram estabelecidas medidas de certificação para produtos e insumos médicos (Portaria Interministerial 692/2009) e cooperação para avaliação de conformidade.

Numa outra frente, as normas favorecem uma ação consertada das agências governamentais, através de diretrizes interministeriais. Isto representa um desafio ao próprio setor público, no tocante à tradicional forma de funcionamento dos órgãos, verticalmente estruturados de forma temática.

Em conjunto, as medidas direcionam os investimentos produtivos privados, reforçam os investimentos públicos em itens estratégicos, condicionam os prestadores de serviços e produtores a adotar determinados padrões de qualidade e favorecem o fortalecimento de *players* nacionais. Em síntese, combinam políticas de desenvolvimento econômico com uma perspectiva de melhoria da assistência.

3 Política Industrial para o Complexo de Saúde: uma Agenda de Pesquisa

A necessidade de uma política industrial para o Complexo de Saúde foi fortemente defendida por Gadellha (2002, 2003, 2006) enquanto passo essencial para viabilidade da Política Nacional da Saúde. O conceito de Complexo foi apontado como marco cognitivo e político de superação da dicotomia entre dinâmica econômica e atendimento das necessidades de assistência. O autor conclui pela significativa vulnerabilidade da indústria ligada ao Complexo, manifesta por: déficits persistentes em todos os segmentos, sendo maiores os valores nos segmentos intensivos em tecnologia, vulnerabilidade das importações aos movimentos cambiais. Contexto que retiraria grau de liberdade da Política de Saúde, condicionando-a à Macroeconômica.

A rearticulação dessa problemática a partir do conceito de Complexo Industrial da Saúde, no qual a prestação dos serviços é o nexos final, abre uma perspectiva nova. A assistência à saúde tem como base setores industriais de elevado dinamismo tecnológico. Ao sabor da concorrência, tais indústrias se movimentam de modo a ampliar divergências setoriais e regionais de produtividade de inovação,

comprometendo a capacidade de países como o Brasil de levar adiante políticas de melhoria na assistência. Este é precisamente um cenário que justifica o papel ativo do Estado, ou seja, o campo para a política industrial.

Como vimos na seção anterior, o governo brasileiro incorporou formalmente o conceito de Complexo Industrial da Saúde nos instrumentos de planejamento. Retomou a concepção de política industrial – não somente para o segmento Saúde - numa clara reversão da orientação dos anos 90. Embora seja outro o contexto histórico, trata-se da recuperação de um padrão de atuação intervencionista. Os riscos e dilemas políticos do processo histórico designado “industrialização por substituição de importações” podem ser reavivados, ainda que o caso atual traga desafios específicos. O desafio essencial da política é o de calibrar o elevado dinamismo econômico do setor industrial com as demandas de um setor que é fundamento do desenvolvimento social.

Na perspectiva de construir uma agenda de pesquisa sobre a política para o Complexo Industrial da Saúde, estes dois aspectos devem ser considerados: o marco conceitual sobre o qual se erigiu a política e a eficácia da política em si. O primeiro passo pode ser dado fazendo-se referência à evolução histórica e teórica das concepções sobre intervenção estatal, que no Brasil giraram em torno do Modelo de Substituição de Importações. Quanto ao segundo, exige algum distanciamento no tempo, de modo que os efeitos possam ser mensurados.

Sobre o conceito de Substituição de Importações, fundamento de nosso modelo de industrialização dos anos 40 a 80, Tavares (1978) afirma que nada estaria mais longe da realidade que entendê-lo como processo de redução de valor e quantum importado. Ao contrário, trata-se de uma iniciativa coordenada pelo Estado para fortalecer a indústria nacional, estimulando o aumento e a participação da produção interna no total da oferta. Iniciando-se nas indústrias de bens finais (menos complexas), o processo requisitará ampliação da importação de insumos e equipamentos, até que se consiga internalizar a indústria de base. Dessa forma, não focaliza a redução do déficit enquanto medida isolada, mas o aumento da participação da produção interna no total da absorção nacional, no médio prazo. Aplicando-se este conceito à situação presente do Complexo Industrial da Saúde, observaríamos que com uma política de estímulo à produção interna e com a elevação da demanda por assistência, o coeficiente importado tenderá a aumentar. No curto prazo, não se pode esperar compatibilidade entre a meta de redução de déficit e aumento da produção dos laboratórios nacionais ou do setor privado interno. No médio prazo, a política seria bem-sucedida na medida em que tornasse possível compensar os efeitos da pressão de demanda sobre as importações. Assim, o primeiro ponto da agenda é avaliar se está ocorrendo uma progressiva e persistente redução da dependência, na medida em que os novos investimentos se convertem em elevação da capacidade produtiva e tecnológica do país.

Uma ressalva deve ser feita no tocante à utilização do conceito de substituição, o qual foi formulado e aplicado num dado contexto: propunha a inserção de toda a economia nacional no mercado internacional sob uma nova perspectiva – industrialização, formação do mercado interno de trabalho, progresso técnico endógeno (políticas adotadas nos anos 40-60). No caso do Brasil, esse processo foi bem-sucedido, implantando um parque complexo e diversificado. Tornada uma economia industrial, a economia brasileira aumentou a diversidade da pauta exportadora e de parceiros comerciais e a capacidade de obtenção de divisas para importação. Entretanto, os setores fornecedores de insumos para serviços de saúde continuaram como importantes pontos de estrangulamento (GADELHA, 2006).

Nos anos recentes, o país tem vivido conjuntura favorável para exportação de *commodities*, o que favorece a entrada de divisas, dando fôlego a necessidades específicas de importação, como as do Complexo. Este contexto temporário favorável poderia ofuscar as necessidades de mudança na estrutura produtiva que assegurem redução mais permanente na dependência externa. Por outro lado, a conjuntura pode representar uma janela de oportunidades para que se absorvam equipamentos e tecnologias para o setor via importações, a preços atrativos para os prestadores de serviços. Nesse sentido, as medidas de políticas que restringem importações devem ser cuidadosamente dosadas, evitando que causem distorções, em especial, que provoquem elevações de custo substanciais aos prestadores, comprometendo a assistência. O acompanhamento da evolução dos custos da assistência vis-à-vis as políticas de comércio exterior seria outro ponto a ser pesquisado.

O motor dinâmico da competição na indústria de Saúde é a inovação tecnológica, o que explica o elevado grau de concentração de capitais (SCHUMPETER, 1984). A política industrial neste caso deveria reorientar o setor, de modo que se internalize o processo de produção tecnológica, articulado à difusão eficiente. Economias mais bem-sucedidas conseguem tirar vantagens do aprendizado tecnológico já conquistado. Este perfil de política industrial é bastante familiar aos países desenvolvidos (CASSIOLATO, 2004).

A política para o Complexo, em curso, parece estar em consonância com esta concepção moderna de política industrial. O fortalecimento dos laboratórios públicos nacionais, a regionalização da Fiocruz e a intensificação das pesquisas para produção de vacinas, onde o país tem alguma expertise, parecem estar em sintonia com esta visão (medidas 3.2, 3.3, 3.7, 3.8, 3.9). Com relação aos hemoderivados (objeto da medida 3.14) parece haver um longo caminho a percorrer, a julgar pela recente e explosiva elevação de importações do setor (GADELHA, 2006), sinalizando maior eficiência produtiva externa. Há ainda a política de cooperação tecnológica, através da Fiocruz, que não passa por alocação de receitas do PPA. Comparar a dimensão do investimento tecnológico previsto nos instru-

mentos de planejamento governamental com os de outros países seria outro ponto a investigar.

Verifica-se que a produção de insumos à saúde concentra-se entre grandes fornecedores mundiais, operando dentro ou fora do país. Uma das características mais marcantes do atual processo de globalização tem sido a concentração dos volumes comerciais no interior dos grupos econômicos – matriz e filiais – tornando o comércio internacional algo mais do domínio da regulação privada que pública (HIRST; THOMPSON, 1998). No caso da indústria farmacêutica, este é o perfil típico. A tendência de concentração foi bastante acentuada nos anos 90 (CALIARI, 2009). Em resposta a esta dinâmica, foi inserida na atual política o incentivo à formação de grandes *players* de capital nacional. Sobre isto, dois aspectos merecem investigação: se a intenção da política se materializou e em que condições; um segundo, se a existência de uma grande indústria nacional traria algum grau de liberdade para a execução da Política Nacional de Saúde ou de que maneira poderia ser explorada para este fim.

A capacidade de o Estado Brasileiro impactar na dinâmica do Complexo de Saúde depende de um lado dos recursos alocados (qualidade e quantidade), e de outro da dinâmica interna aos grandes *players*. Envolve cooperação tecnológica em pesquisa básica, estratégias de alocação de ativos ao redor do mundo, controle de patentes e transações internas. Outro aspecto a avaliar seria a dimensão econômica do conjunto das medidas, uma vez que se tornem gastos efetivados dos orçamentos. Seriam eles significativos para contrabalançar tendências contrárias de mercado?

A política em curso incorpora uma perspectiva de longo prazo, na medida em que parte significativa dos recursos está alocada em medidas de cunho tecnológico. Com o triênio de planejamento concluído já é possível observar se o gasto planejado tornou-se orçamento anual e, posteriormente, que nível de execução cada meta orçada atingiu. Ponto mais difícil de avaliar é o caráter indutivo da política sobre os agentes privados – se as normas instituídas foram suficientes para que o mercado se movimentasse na direção esperada pelo governo.

Alguns efeitos de curto prazo deveriam também ser verificados. Com relação a aspectos econômicos, pode-se mensurar se houve redução do coeficiente de importações para o Complexo, ou se há uma tendência nesta direção. O segundo, mais complexo, trata da avaliação do efeito sobre a execução da Política Nacional de Saúde; procurar alguns indicadores para avaliar se as medidas contribuíram para uma oferta de insumos mais abundante, barata e de boa qualidade.

Qualquer avaliação exigirá considerações de *timing*. É preciso identificar se e em que prazo a política para o Complexo será capaz de mais que compensar a demanda crescente por assistência pública e privada de saúde no país.

Muitos elementos precisam ser avaliados para se concluir sobre os impactos da política para o Complexo. Não se pode negar, entretanto, que o fato de que ela exista já é em si relevante. Isto gera sinalizações importantes para o mercado industrial e de assistência, deixando manifesta a percepção governamental de que a dinâmica desse mercado deve ser direcionada para o atendimento a um objetivo maior de desenvolvimento nacional.

4 Considerações Finais

O conceito de Complexo Industrial de Saúde representa um avanço cognitivo e político em relação à dicotomia anteriormente vigente: a visão do direito (assistência) versus economia (produção). O Estado brasileiro reassumiu uma postura diretiva, justificada no caso do Complexo de Saúde, por tratar-se de setor estruturante de política social e de ter dinâmica marcada pela inovação tecnológica.

A política caracteriza-se por articulação entre todas as instâncias relevantes, sob coordenação do Ministério da Saúde e articulação entre política industrial e política tecnológica. Incorpora medidas tradicionais de política industrial, política tecnológica e medidas institucionais. O artigo focou o desenho da política para o Complexo Industrial de Saúde. Ainda são insuficientes os elementos para avaliar consequências e eficácia desta sobre a Política Nacional de Saúde. Com relação ao padrão, o modelo adotado inova ao considerar estratégico um setor industrial que é base para assegurar um direito e também se inspira no conceito “tradicional” de substituição de importações, incorporando política de inovações.

Ao normatizar os aspectos técnicos e, na condição de principal demandante, emitir listagens dos produtos estratégicos ao SUS, o Estado busca direcionar o mercado privado do Complexo - produção e padrão de qualidade - requeridos para a assistência à saúde. O investimento no aparato público, especialmente o tecnológico, potencializa a política de assistência indo em direção à redução da dependência externa. O crédito direcionado sinaliza também para isto, tendo o setor privado como principal ator.

As medidas de proteção à produção doméstica devem ser balizadas pelas necessidades do próprio setor de assistência. O *timing* entre medidas que fortaleçam capacidade inovadora e que substituam importações é relevante. Em particular, devem ser explorados em favor da execução da Política Nacional de Saúde os resultados positivos da Balança Comercial de outros segmentos (*commodities*, no momento). Eles podem dar um fôlego à política industrial.

Com a conclusão do triênio de planejamento, torna-se possível efetivamente avaliar a eficácia das medidas. O fato de que exista uma política direcionando agentes privados do mercado de saúde para os interesses da Política Nacional de Saúde é em si meritório.

Finalmente, uma política se constrói com negociações entre grupos de interesse que conformam determinada correlação de forças. O projeto de universalização da assistência foi fruto de um momento histórico de vitória dos movimentos sociais organizados, que afirmavam o direito à saúde, deixando ao Estado a tarefa de persegui-lo. E é no fio da navalha entre estes interesses e os econômicos, representados por grupos internacionais, que a política industrial há de seguir.

Referências

- BRASIL. Ministério do Orçamento e Gestão. *PPA 2008-2011*. 2011. Disponível em: <<http://mp.gov.br>>. Acesso em: 27 dez. 2011.
- _____. Ministério da Saúde. *Complexo industrial de saúde*. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 27 dez. 2011.
- CALIARI, T. et al. Uma década de medicamentos genéricos; sucesso relativo e progressiva perda de eficiência? In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 37., 2009, Foz do Iguaçu. *Anais...* Foz do Iguaçu: ANPEC, 2009. Disponível em: <http://www.anpec.org.br/encontro_2009.html>. Acesso em: 20 dez. 2011.
- CAPANEMA, L.; PALMEIRA FILHO; PIERONI, J. P. *Apoio do BNDES ao Complexo Industrial da Saúde: a experiência do PROFARMA e seus desdobramentos*. Rio de Janeiro: BNDES, 2010. (Texto para Discussão).
- CASSIOLATO, J. E. A economia do conhecimento e as novas políticas industriais e tecnológicas. In: LASTRES, H. M. S.; ALBAGLI, S. (Org.). *Informação e globalização na era do conhecimento*. Rio de Janeiro: Campus, 2004.
- GADELHA, C. A. G. *Estudo da competitividade de cadeias integradas no Brasil: impactos das zonas de livre comércio: Complexo da Saúde*. Campinas: UNICAMP/IE, 2002. (Relatório).
- _____. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.
- _____. Complexo Industrial da Saúde: desafios para uma política de inovação e desenvolvimento. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa*. Brasília, 2004.
- _____. Desenvolvimento, Complexo industrial da saúde e política industrial. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 40, p. 11-23, 2006.
- HIRST, P.; THOMPSON, G. *Globalização em questão*. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. *Atual arranjo institucional da política externa brasileira*. Brasília, 2010. (Texto para Discussão, n. 1489).
- _____. *Critérios para justiça distributiva em Saúde*. Brasília, 2011. (Texto para Discussão, n. 1591).
- PIERONI, J. P.; RESI, C.; SOUZA, J. O. B. A indústria de equipamentos e materiais médicos, hospitalares e odontológicos: uma proposta de atuação do BNDES. *BNDES Setorial*, Rio de Janeiro, v. 31, p. 185-226, mar. 2010.
- SCHUMPETER, J. *Capitalismo, socialismo e democracia*. Rio de Janeiro: Zahar, 1984.

TAVARES, M. C. *Da substituição de importações ao capitalismo financeiro*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

THE LANCET: *saúde no Brasil*. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_the_lancet.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2011.

Anexo A - Gasto Planejado com Complexo Industrial da Saúde PPA e BNDES

Medida	Meta Financeira (R\$)	Participação no Eixo 3 do PPA (%)	Participação no total do gasto (%)	Natureza ²
3.1.1 Aumento da capacidade produtiva com recursos próprios do BNDES: Profarma Produção; Profarma exportação; Profarma Inovação e Profarma Investimento.	3.000.000.000	NSA	59,8	Substitutiva Industrial e Tecnológica
3.2.1 - Ampliar a produção de medicamentos dos laboratórios oficiais em 50%.	551.043.478	27,4	11,0	Substitutiva Industrial
3.3.1 - Atender a 80% das necessidades do Programa Nacional de Imunizações, com domínio tecnológico das vacinas; geração de 2000 empregos.	215.652.174	10,7	4,3	Substitutiva Industrial e Tecnológica
3.4.1 - Substituir 25% da demanda de equipamentos e materiais do SUS, por produção nacional, até 2011.	-	-	-	Substitutiva Normativa
3.5.1 - Reduzir a vulnerabilidade da PNS, com elevação da capacidade produtiva e inovativa em produtos estratégicos.	-	-	-	Substitutiva Normativa
3.5.2 - Eliminar as vantagens para aquisição de produtos importados.	-	-	-	Substitutiva Normativa
3.6.1 - Melhorar a qualidade dos produtos industriais, nos padrões de avaliação e incorporação tecnológica do SUS.	72.000.000	3,6	1,4	Tecnológica
3.7.1 - Fortalecer a capacidade instalada de pesquisa em saúde, com domínio de técnicas de fronteira (terapia celular, anticorpos monoclonais, farmacogômica).	747.213.000	37,1	14,9	Industrial e Tecnológica
3.8.1 - Estruturar cinco novas unidades da Fiocruz (RO, PI, CE, MS, PR).	76.000.000	3,8	1,5	Substitutiva Industrial e Tecnológica
3.9.1 - Prover o país de uma plataforma de serviços tecnológicos.	70.000.000	3,5	1,4	Substitutiva Industrial e Tecnológica
3.10.1 - Adequar e melhorar a qualidade da produção nacional.	-	-	-	Tecnológica
3.11.1 - Melhorar os padrões de avaliação e incorporação tecnológica no SUS.	35.000.000	1,7	0,7	Tecnológica
3.12.1 - Atender a 100% da demanda da indústria de saúde e das instituições científicas; 2 centros de toxicologia.	35.000.000	1,7	0,7	Substitutiva Industrial e Tecnológica
3.13.1 Fomentar a criação de rede de biotérios.	50.000.000	2,5	1,0	Substitutiva Industrial e Tecnológica
3.14.1 Concluir a fábrica da Hemobrás.	162.000.000	8,0	3,2	Substitutiva Industrial e Tecnológica
Total de PPA + Expansão.	2.013.908.652	100,0	40,2	-
Total de recursos para Política Complexo Saúde ¹ .	5.013.908.652	249,0	100,0	-

Fonte: Elaboração própria; a partir de dados do Ministério da Saúde e BNDES.

Notas: ¹ Inclui recursos constantes do PPA 2008-2011 mais respectiva expansão mais total disponível para financiamentos no BNDES/Profarma. ² Substitutiva: estimula produção doméstica; industrial: envolve expansão de produção; tecnológica: inovação processos e produtos.

Anexo B - Complexo Industrial da Saúde: aspecto institucional

Norma	Data	Objetivo	Principais características
Portaria Min Saúde nº 714	06/04/2006	Institui Comissão de Propriedade Intelectual.	Atribuições envolvem subsídios às ações ministeriais relativas à proteção patentária X acesso a medicamentos .
Resolução ANVISA nº221	28/12/2006	Cria Rede Brasileira de Centros Públicos de Equivalência e Bioequivalência.	Participam os laboratórios públicos, certificados pela ANVISA, por livre adesão; foco na qualidade de fármacos e medicamentos do país.
Portaria Min Saúde nº 375	28/02/2008	Institui, no âmbito do SUS o Programa Nacional p/ Qualificação, Produção e Inovação em Equipamentos no Complexo Industrial da Saúde.	Tendo como foco necessidades tecnológicas do SUS, as diretrizes são: articular cadeia produtiva e infraestrutura tecnológica, formular política de insumos estratégicos, coordenar programas de desenvolvimento, articular substituição de importações.
Decreto Presidencial	12/05/2008	Cria o Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde, no Min. Saúde.	Competência para elaborar e implantar o marco regulatório da Política Industrial do Complexo; com: Min Saúde, Des Ind e Com, Ciência e Tecnologia,Planejamento, Fazenda, Relações Ext, Casa Civil; Anvisa, Fiocruz, BNDES, Inpi, ABDI, Inmetro, Finep.
Portaria Min Saúde nº 979	16/05/2008	Dispõe sobre lista de produtos estratégicos ao SUS.	Inclui equipamentos, aparelhos diagnósticos, hemoderivados, medicamentos (atualizada maio/2010).
Portaria Min Saúde nº 1942	17/09/2008	Aprova o Regimento Interno do Grupo Executivo e cria Fórum de Articulação com Sociedade Civil.	Fórum inclui entidades representativas de empresas, sindicatos, profissionais de saúde.
Portaria Interministerial 128	29/05/2008	Estabelece diretrizes p/ contratação de fármacos e medicamentos pelo SUS.	Medicamentos deverão ser previamente certificados p/ Anvisa; preferência a licitações de âmbito nacional; fármacos: preferência à contratação de customização; direito aos laboratórios públicos de inspeção da produção e rejeitar material que não atenda à especificação.
Portaria Min Saúde 3031	16/12/2008	Estabelece critérios a serem considerados pelos laboratórios públicos em suas licitações de matéria-prima.	Prioridade à aquisição de produção nacional;observância do grau de verticilização no país.
Portaria Interministerial 692	08/04/2009	Define operacionalização de cooperação Técnica entre Min Saúde e Min Des Ind e Comércio.	Ações para avaliar qualidade e segurança de produtos médicos e de diagnóstico.

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Ministério da Saúde.

Recebido em: 29/12/2011.

Aceito em: 26/06/2012.