

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Financiamento dos sistemas de saúde na América Latina no
capitalismo contemporâneo em crise: uma contribuição a partir
do pensamento crítico de Vicente Navarro López**

Miguel Armando Zuñiga Olivares

**Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-graduação em
Saúde Pública da Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de
São Paulo, para obtenção do título
de Mestre em Ciências.**

**Área de Concentração: Saúde
Pública**

**Orientador: Prof. Dr. Áquilas
Nogueira Mendes**

São Paulo
2024

Financiamento dos sistemas de saúde na América Latina no capitalismo contemporâneo em crise: uma contribuição a partir do pensamento crítico de Vicente Navarro López

Miguel Armando Zuñiga Olivares

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Áquilas Nogueira Mendes

**Versão original
São Paulo
2024**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial desde trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Bibliotecária da FSP/UPS: Maria do Carmo Alvarez – CRB-8/4359

Olivares, Miguel Armando Zuñiga

Financiamento dos sistemas de saúde na América Latina no capitalismo contemporâneo em crise: uma contribuição a partir do pensamento crítico de Vicente Navarro López / Miguel Armando Zuñiga Olivares; orientador Áquilas Nogueira Mendes . -- São Paulo, 2024.

191 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2024.

1. Financiamento dos Sistemas de Saúde. 2. Financiamento da Assistência à Saúde. 3. Sistemas de Saúde. 4. América Latina. 5. Capitalismo. I. Nogueira Mendes , Áquilas , orient. II. Título.

Nome: ZUÑIGA OLIVARES, Miguel Armando

Título: Financiamento dos sistemas de saúde na América Latina no capitalismo contemporâneo em crise: uma contribuição a partir do pensamento crítico de Vicente Navarro López

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovada em:

Banca examinadora:

Prof. Dr. Áquilas Mendes

Instituição: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo

Julgamento:

Prof. Dr. Leonardo Carnut

Instituição: Universidade Federal de São Paulo

Julgamento:

Prof^a. Dr^a. Lucia Dias da Silva Guerra

Instituição: Centro Universitário Anhanguera

Julgamento:

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

DEDICATÓRIA E AGRADECIMENTOS

A meus país, Ego e Sonia, e a minha irmã, Melisa, pelo imenso amor, compreensão e paciência de toda a vida.

A minha avó, Mamá Dorita, pelos gratos momentos e lembranças da minha infância e adolescência, que descanse em paz.

A Mery, pelo carinho e apreço mútuo e minha admiração por sua coragem de mulher cajamarquina, sua luta revolucionária com o povo peruano e sua ebulição na maré.

A meu orientador, Áquilas Mendes, pela motivação e apoio permanente nos meus estudos e pelas suas valiosas lições para o desenvolvimento do meu pensamento crítico marxista.

A meus professores(as), companheiros(as) de estudo e amigos(as) no Brasil, pelo acolhimento afetuoso, pela aprendizagem coletiva e pela luta revolucionária conjunta em defesa da classe trabalhadora e dos direitos sociais dos povos da América Latina.

A meus colegas, companheiros(as) e amigos(as) trabalhadores de saúde no Peru, para renovar juntos a esperança de vitória e organizar a revolução por um novo sistema universal de saúde que garanta o direito à saúde para toda a população pela sua condição de cidadania, em um novo país mais solidário e justo.

ZUÑIGA OLIVARES, M. A. Financiamento dos sistemas de saúde na América Latina no capitalismo contemporâneo em crise: uma contribuição a partir do pensamento crítico de Vicente Navarro López. 2024. Dissertação – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2024.

RESUMO

Introdução: No capitalismo contemporâneo em crise, os sistemas de saúde de todo o mundo estão sendo sistematicamente enfraquecidos devido à aplicação de contrarreformas sociais por meio de políticas neoliberais/ultraneoliberais promovidas pelo Estado capitalista. Por um lado, observa-se um permanente subfinanciamento público, e por outro lado, há uma inserção, reprodução e ampliação da lógica de mercado neoliberal no setor saúde. Esse processo tem transformado a saúde em um setor voltado para a acumulação de capital e a busca incessante por sua maior valorização. **Objetivo:** Analisar a produção científica latino-americana sobre o financiamento dos sistemas de saúde na América Latina no capitalismo contemporâneo em crise, com a finalidade de compreender como os autores latino-americanos discutem o financiamento da saúde à luz do pensamento crítico de Navarro, a partir de sua obra “*La Medicina bajo el Capitalismo*”, de 1978. **Método:** Inicialmente, realizou-se uma revisão da literatura sobre a saúde no capitalismo contemporâneo em crise. Em seguida, realizou-se uma revisão integrativa, a partir da pergunta: Como a literatura científica, especialmente latino-americana, vem discutindo o financiamento dos sistemas de saúde na América Latina no capitalismo contemporâneo em crise? A busca bibliográfica foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde, em 3 de fevereiro de 2023, encontrando-se 265 publicações, e incluindo-se, após o processo de seleção, 23 artigos na revisão integrativa. Por fim, realizou-se uma análise comparativa, identificando convergências e divergências entre os resultados da revisão à luz do pensamento crítico de Vicente Navarro López. **Resultados:** Os artigos incluídos na revisão foram classificados em eixos temáticos: 65,2% discutiram o financiamento e a privatização da saúde e cobertura universal de seguro de saúde; 47,8%, o financiamento em meio a processos de reforma do setor saúde; 43,5%, o subfinanciamento público da saúde; 39,1%, o financiamento em meio a processos de reforma fiscal ou tributária ou busca de novas fontes de financiamento para a saúde; 26,1%, o financiamento em meio a processos de descentralização da saúde; e 17,4%, o financiamento em meio a processos constituintes ou de implementação de novas constituições políticas. Enquanto as convergências e divergências entre os resultados

desses artigos e as contribuições do pensamento crítico de Navarro, identificou-se que 39,1% tiveram alguma aproximação ao método de estudo marxista, em oposição ao funcionalismo; 30,4% foram críticos com os supostos da teoria das etapas do desenvolvimento na abordagem da saúde; 47,8% e 21,7% abordaram os determinantes econômicos e políticos do subdesenvolvimento da saúde e do direito à saúde, respectivamente; e 26,1% discutiram a influência das agências internacionais nas decisões de política de saúde. **Conclusões:** Os pesquisadores latino-americanos no campo do financiamento da saúde enfrentam os desafios de estudá-lo dialeticamente com o cenário econômico, político e social das próprias sociedades capitalistas em que a saúde está inserida, e de incorporar em sua análise a determinação social da saúde no capitalismo contemporâneo em crise. A transição da economia da saúde para a econômica política crítica da saúde exige que esses pesquisadores superem esses desafios para integrar esses elementos em suas futuras investigações no campo do financiamento da saúde.

Palavras-chave: Financiamento dos Sistemas de Saúde; Financiamento da Assistência à Saúde; Sistemas de Saúde; América Latina; Capitalismo.

ZUÑIGA OLIVARES, M. A. [Financing of health systems in Latin America in contemporary capitalism in crisis: a contribution from the critical thinking of Vicente Navarro López]. 2024. Dissertation – Faculdade de Saúde Pública of the Universidade de São Paulo, São Paulo, 2024. Portuguese.

ABSTRACT

Introduction: In contemporary capitalism in crisis, health systems around the world are being systematically weakened due to the application of social counter-reforms through neoliberal/ultraneoliberal policies promoted by the capitalist state. On the one hand, there is permanent public underfunding, and on the other hand, there is an insertion, reproduction and expansion of the neoliberal market logic in the health sector. This process has transformed health into a sector focused on the accumulation of capital and the incessant search for its greater appreciation. **Objective:** To analyze the Latin American scientific production on the financing of health systems in Latin America in contemporary capitalism in crisis, in order to understand how the Latin-American authors discuss health financing in light of Navarro's critical thinking, from his 1978 work *"La Medicina bajo el Capitalismo"*. **Method:** Initially, a review of the literature on health in contemporary capitalism in crisis was carried out. Then, an integrative review was carried out, based on the question: How has the scientific literature, especially Latin American, been discussing the financing of health systems in Latin America in contemporary capitalism in crisis? The bibliographic search was performed in the Virtual Health Library, on February 3, 2023, with 265 publications, and including, after the selection process, 23 articles in the integrative review. Finally, a comparative analysis was carried out, identifying convergences and divergences between the results of the review in the light of the critical thinking of Vicente Navarro López. **Results:** The articles included in the review were classified in thematic bundles: 65.2% discussed the financing and privatization of health and universal health insurance coverage; 47.8%, financing in the midst of health sector reform processes; 43.5%, public health underfunding; 39.1%, financing in the midst of fiscal or tax reform processes or seeking new sources of health funding; 26.1%, financing in the midst of health decentralization processes; and 17.4%, funding in the midst of constituent processes or the implementation of new political constitutions. While the convergences and divergences between the results of these articles and the contributions of Navarro's critical thinking, it was identified that 39.1% had some approximation to the Marxist

method of study, as opposed to functionalism; 30.4% were critical of the supposed theory of stages of development in the approach to health; 47.8% and 21.7% addressed the economic and political determinants of underdevelopment of health and the right to health, respectively; and 1% discussed the influence of international agencies on health policy decisions. **Conclusions:** Latin American researchers in the field of health financing face the challenges of studying it dialectically with the economic, political and social scenario of capitalist societies themselves in which health is inserted, and to incorporate in its analysis the social determination of health in contemporary capitalism in crisis. The transition from health economics to critical health policy economics requires these researchers to overcome these challenges to integrate these elements into their future research in the field of health finance.

Keywords: Health System Financing; Healthcare Financing; Health Systems; América Latina; Capitalism.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
1. CAPÍTULO 1: SAÚDE NO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO EM CRISE, PENSAMENTO CRÍTICO DE VICENTE NAVARRO LÓPEZ E SISTEMAS DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA	20
1.1. SAÚDE NO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO EM CRISE	20
1.1.1. Capitalismo contemporâneo em crise	20
1.1.2. Saúde no capitalismo contemporâneo em crise	28
1.2. PENSAMENTO CRÍTICO DE VICENTE NAVARRO LÓPEZ	29
1.2.1. Vicente Navarro López: uma breve biografia intelectual e político-institucional	30
1.2.2. Crítica ao predomínio do funcionalismo na abordagem da saúde	33
1.2.3. Subdesenvolvimento da saúde no capitalismo contemporâneo	37
1.2.3.1. Crítica à teoria das etapas do desenvolvimento na abordagem da saúde	37
1.2.3.2. Determinantes econômicos e políticos do subdesenvolvimento da saúde	41
1.2.3.3. Determinantes econômicos e políticos do direito à saúde	49
1.2.3.4. Influência das agências internacionais nas decisões de política de saúde	52
1.3. SISTEMAS DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA	54
Fonte: Health nutrition and population statistics – DataBank, Banco Mundial. PPP: Paridade de poder de compra. PIB: Produto interno bruto.	61
1.3.1. Sistema de saúde na Argentina	62
1.3.2. Sistema de saúde na Bolívia	63
1.3.3. Sistema de saúde de Brasil	65
1.3.4. Sistema de saúde no Chile	68
1.3.5. Sistema de saúde na Colômbia	71
1.3.6. Sistema de saúde no México	74
1.3.7. Sistema de saúde no Peru	76
2. CAPÍTULO 2: FINANCIAMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA NO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO EM CRISE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA CIENTÍFICA	80
2.1. INTRODUÇÃO	80
2.2. PERGUNTA NORTEADORA	81

2.3.	IDENTIFICAÇÃO DOS DESCRITORES	81
2.4.	BUSCA BIBLIOGRÁFICA	81
2.5.	ETAPAS DA INCLUSÃO DE ARTIGOS NA REVISÃO INTEGRATIVA	82
2.6.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	85
2.6.1.	Eixo temático 1: Financiamento da saúde durante processos constituintes ou a implementação de novas constituições políticas	100
2.6.2.	Eixo temático 2: Financiamento da saúde durante processos de reformas fiscais ou tributárias e busca por novas fontes de financiamento para a saúde	102
2.6.3.	Eixo temático 3: Financiamento da saúde durante processos de reforma do setor saúde	111
2.6.4.	Eixo temático 4: Financiamento da saúde durante processos de descentralização da saúde	122
2.6.5.	Eixo temático 5: Financiamento da saúde e a privatização da saúde e a cobertura universal do seguro de saúde	126
2.6.6.	Eixo temático 6: Subfinanciamento público da saúde	140
3.	CAPÍTULO 3: CONVERGENCIAS E DIVERGENCIAS ENTRE OS RESULTADOS DA REVISÃO INTEGRATIVA E O PENSAMENTO CRÍTICO DE VICENTE NAVARRO LÓPEZ	148
3.1.	DIMENSÕES DE ANÁLISE EM VICENTE NAVARRO LÓPEZ E SUA ABORDAGEM NOS ARTIGOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA	150
3.1.1.	Dimensão de análise 1: Crítica ao predomínio do funcionalismo na abordagem da saúde	150
3.1.2.	Dimensão de análise 2: Crítica à teoria das etapas do desenvolvimento econômico na abordagem da saúde	152
3.1.3.	Dimensão de análise 3: Determinantes econômicos e políticos do subdesenvolvimento da saúde	156
3.1.4.	Dimensão de análise 4: Determinantes econômicos e políticos do direito à saúde	161
3.1.5.	Dimensão de análise 5: Influência das agências internacionais nas decisões de política de saúde	165
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	170
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	175

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características dos sistemas de saúde em alguns países de América Latina..	58
Tabela 2. Gastos em saúde em países de América Latina, nos anos 2000 e 2019	61
Tabela 3. Artigos incluídos na revisão integrativa, segundo eixos temáticos do financiamento dos sistemas de saúde	85
Tabela 4. Sínteses dos artigos incluídos na revisão integrativa, segundo autor/ano, objetivo, método e categorias de análise de financiamento dos sistemas de saúde, segundo eixos temáticos	88
Tabela 5. Relação entre os artigos incluídos na revisão integrativa e as dimensões de análise de Vicente Navarro.....	149

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos incluídos na revisão integrativa	84
Figura 2. Artigos incluídos na revisão integrativa, segundo países dos sistemas de saúde estudados	86
Figura 3. Artigos incluídos na revisão integrativa, segundo o período de publicação ...	87

LISTA DE SIGLAS

EUA	Estados Unidos de América
FONASA	Fundo Nacional de Saúde
IMSS	Instituto Mexicano do Seguro Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
ISAPRE	Instituições de Saúde Previsional
ISSSTE	Instituto de Seguridade e Serviços Sociais dos Trabalhadores do Estado
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
SERMENA	Serviço Médico Nacional dos Empregados
SGSSS	Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

INTRODUÇÃO

No capitalismo contemporâneo em crise, os sistemas de saúde em todo o mundo, especialmente nos países de capitalismo dependente, como os de América Latina, estão sendo sistematicamente enfraquecidos devido à aplicação de contrarreformas sociais através de políticas neoliberais e, mais recentemente, ultraneoliberais, dentro e fora do setor saúde, os quais tem efeitos negativos significativos sobre o próprio setor saúde, deslocando o “público” em favor do “privado”.

Mesmo assim, no capitalismo contemporâneo, as relações sociais de produção determinam as condições de vida e o estado de saúde -ou doença- das populações, bem como os cuidados à saúde promovidas pelo Estado capitalista, transformando o direito à saúde em uma simples mercadoria. A aceleração do ritmo de reprodução e acumulação do capital, bem como o crescimento da concentração da riqueza global, desde a década de 1980, tem maximizado a exploração dos recursos e o deterioro da vida em nosso planeta, através de mecanismos que tem intensificado as mudanças climáticas e a destruição dos ecossistemas, bem como processos globais de restrição estrutural das condições materiais necessárias para a reprodução da vida e da saúde das populações (BREILH, 2011).

No capitalismo contemporâneo, o capital portador de juros assumiu a centralidade da dinâmica do capital, caracterizado pela busca incessante de sua valorização, principalmente na esfera financeira, o qual se apresenta sob a forma de juros de empréstimos, de dividendos e outros pagamentos recebidos a título de posse ações, etc. (CHESNAIS, 2005).

Depois da reconstituição do mercado financeiro, durante as décadas de 1950 e 1960, a dívida pública derivada da “reciclagem dos petrodólares”, acontecido na década de 1970, assentou as bases para o controle econômico dos países chamados de “Terceiro Mundo”, incluindo os países de América Latina, bem como os mecanismos de transferência de recursos destes países para os países capitalistas centrais (CHESNAIS, 2005).

Desde então, tem-se dado uma extrema financeirização do capital, rasgo característico do capitalismo contemporâneo, o qual constituiu a base para a crise financeira que estamos vivenciando desde o 2008, chamada por Roberts (2016) como a “Longa Depressão”. No entanto, esta crise é apenas a manifestação mais visível e mediática da crise estrutural do capital. Mesmo assim, esta crise –que começou no 2008–

não é uma crise recente do capitalismo contemporâneo, já que estamos atravessando mais de três décadas de “desordenes econômicos” sucessivos em diversos países do mundo (HERRERA, 2015).

Roberts (2016) explica que a crise do capitalismo contemporâneo está baseada na convergência de dois tendências: a queda da taxa de lucro nas economias capitalistas (a causa subjacente da crise); e, em resposta a essa tendência, a valorização do capital na esfera financeira, tornando-se o capital fictício preponderante na dinâmica do capitalismo.

Neste contexto, segundo Herrera (2015), o sistema capitalista “financeirizado” apenas poderia “administrar” esta crise –global e sistêmica– e amortecer seus efeitos mais perversos, mas não teria mais soluções internas para suprimir sua própria dinâmica contraditória, que se torna cada vez mais complexa.

Mesmo em épocas de crise, o Estado joga um rol preponderante na seguridade do movimento do capital, sendo deduzida e derivada da lógica do capital, determinando assim sua natureza capitalista, daí seu nome de “Estado capitalista”. O Estado cumpre um rol garante da manutenção das relações estabelecidas pelo modo de produção capitalista, assegurando, ainda em forma coercitiva, que as regras de troca das mercadorias não sejam violadas. Dado que o capital é uma relação social que tem profundas contradições, precisa de um Estado que “repare os danos” provocados por essas contradições (MENDES; CARNUT, 2020).

Mendes e Carnut (2020, 2022) assinalam que a crise do capitalismo contemporâneo pode ser melhor compreendida como uma crise de três caras: econômica, ecológica e sanitária. Nesse sentido, trata-se de compreender a crise sanitária, não como uma crise restrita nem temporal, mas como parte constitutiva de uma crise maior, a crise do capitalismo contemporâneo.

Esta crise expressa-se em suas formas determinantes: a crise da forma mercadoria, a crise da forma política, e a crise da forma jurídica, tudo isso dando como resultado a crise da forma direito, incluindo o direito a saúde (MENDES; CARNUT, 2020).

A expropriação de direitos sociais, principalmente no âmbito da saúde, se expressa na vigência do processo de subfinanciamento e desfinanciamento da saúde, através da restrição do crescimento e redução do orçamento público para a saúde, o incremento do gasto tributário com prejuízo para a saúde, e diversos mecanismos de alocação de recursos no setor público pouco eficientes –economicamente– e iniquitativos, entre outros, que impedem a universalização do acesso à saúde e alteram-na para formas de acesso focalizado e seletivo para as populações mais vulneráveis, bem como diversas

formas de transferência dos recursos públicos para o pagamento de serviços privados e formas privatizantes de gestão, cada vez mais crescentes, que contribuem a incrementar o gasto privado em saúde em detrimento da apropriação de fundos públicos (MENDES, 2022; MENDES; CARNUT, 2020).

Nesse contexto, o objetivo desta dissertação é analisar a produção da literatura científica latino-americana sobre o financiamento dos sistemas de saúde na América Latina no capitalismo contemporâneo em crise, com a finalidade de compreender como os autores latino-americanos abordam os problemas e desafios do financiamento dos sistemas de saúde à luz do pensamento crítico de Vicente Navarro López, a partir da sua obra *“La Medicina bajo el Capitalismo”* (1978).

Por tanto, a dissertação está organizada em três capítulos:

O **capítulo um** tem três seções. A primeira seção aborda questões sobre a saúde no capitalismo contemporâneo em crise, explicando as características do capitalismo contemporâneo, destacando a preponderância do capital portador de juros e o capital fictício, e suas consequências sobre a saúde. A segunda seção desenvolve o pensamento crítico de Vicente Navarro López sobre as questões da saúde no capitalismo contemporâneo em crise, a partir da sua obra *“La Medicina bajo el Capitalismo”* (1978), destacando sua crítica ao predomínio do funcionalismo na saúde, sua crítica ao predomínio da teoria das etapas de desenvolvimento na saúde, os determinantes econômicos e políticos do subdesenvolvimento da saúde, os determinantes econômicos e políticos do direito à saúde, e a influência das agências internacionais na saúde. A terceira seção aborda um panorama do financiamento dos sistemas de saúde na América Latina, a partir da análise dos sistemas de saúde de Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Chile, México e Peru, destacando o tipo de Estado, a forma de governo e o direito à saúde, segundo suas constituições políticas, a configuração do sistema de saúde e suas características mais relevantes, com destaque para o seu financiamento.

No **capítulo dois** se realiza uma revisão integrativa da literatura científica respeito do financiamento dos sistemas de saúde na América Latina no capitalismo contemporâneo em crise, a partir da pergunta norteadora: **Como a literatura internacional, especialmente latino-americana, vem discutindo o financiamento dos sistemas de saúde na América Latina no capitalismo contemporâneo em crise?** Tomou-se como fenômeno o “financiamento da saúde”, como população os “sistemas de saúde” na “América Latina”, e como contexto o “capitalismo contemporâneo em crise”. Estes termos retirados da pergunta de investigação foram considerados como “itens-

chave”. A partir da sintaxe selecionada, realizou-se a busca bibliográfica no portal de dados bibliográficos da Biblioteca Virtual em Saúde, no dia 3 de fevereiro de 2023, identificando-se em total 265 publicações, sendo finalmente incluídos 23 artigos na revisão integrativa.

No **capítulo três** se discute as convergências e divergências entre os resultados dos artigos incluídos na revisão integrativa e as contribuições do pensamento crítico de Vicente Navarro López.

1. CAPÍTULO 1: SAÚDE NO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO EM CRISE, PENSAMENTO CRÍTICO DE VICENTE NAVARRO LÓPEZ E SISTEMAS DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA

Neste primeiro capítulo são desenvolvidos conceitos imprescindíveis para nortear o análise da literatura científica que se identificará na revisão integrativa, abordando-se o capitalismo contemporâneo em crise, o pensamento crítico de Vicente Navarro López e os sistemas de saúde na América Latina.

1.1. SAÚDE NO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO EM CRISE

1.1.1. Capitalismo contemporâneo em crise

Nas últimas décadas, desde o início da década de 1980, que configuram a etapa do capitalismo contemporâneo, os sistemas sociais têm sofrido com diminuições de recursos financeiros por parte do Estado capitalista. Essa situação é reflexo da crise que o capitalismo vem enfrentando, intitulada por Roberts (2016) como uma “crise de longa duração”, em que o financiamento por parte do Estado, por meio de seu fundo público, vem sendo apropriado pelo capital privado. Trata-se de reconhecer que os recursos dos orçamentos públicos vêm sendo direcionados para assegurar a recuperação do declínio da taxa de lucro, por meio de contrarreformas nas políticas sociais, e para manter o pagamento de juros da dívida pública, necessário para assegurar a riqueza do capital portador de juros e, na sua expressão mais perversa, do capital fictício.

Na realidade, o capital portador de juros ou capital financeiro assumiu a centralidade no desenvolvimento do capitalismo contemporâneo, no contexto do processo de acumulação capitalista, marcado pela busca incessante de sua valorização, principalmente na esfera financeira (MENDES, 2012). Chesnais (2005) afirma que no capitalismo contemporâneo, o capital portador de juros está no centro das relações econômicas e sociais.

Neste contexto, é necessário retomar a obra de Marx, que tem hoje muita vigência, para compreender os movimentos do capitalismo, expressada no modo de produção capitalista no decorrer da história, o qual está continuamente transformando-se e tornando-se muito mais complexo. Marx explicou essa dinâmica a partir da lei do valor, através do qual descobriu as leis do movimento do capital. Para Marx, citado por Mendes

(2012), o capitalismo está ancorado e orientado pela busca incessante de valorização do capital e sua acumulação, por meio da produção –e apropriação– de mais-valia, sendo o valor-trabalho o determinante central das relações de produção e do desenvolvimento das forças produtivas (MENDES, 2012).

Mesmo assim, Chesnais (2005) assinala que as instituições capitalistas mais visíveis são os grupos industriais transnacionais, no entanto, as menos visíveis e mais importantes são as instituições financeiras bancárias e, sobretudo, as não bancárias, ou seja, aquelas que buscam a valorização do capital sem sair da esfera financeira. Este capital apresenta-se sob a forma de juros de empréstimos, dividendos e outros pagamentos recebidos a título de posse ações, etc. (CHESNAIS, 2005).

É importante explicar que esse capital atingiu preponderância quando os Estados capitalistas centrais decidiram liberar os movimentos dos capitais e desregular e desbloquear seus sistemas financeiros, e, por sua vez, implementaram políticas que permitiram que instituições especializadas centralizem os fundos líquidos não reinvestidos das empresas e as poupanças das famílias, e que os valorizem sob a forma de ativos financeiros por fora do processo produtivo real. Este último é o que Chesnais (2005) denominou como o “processo de acumulação financeira”.

Chesnais (2005) assinala duas etapas deste processo de acumulação financeira. A primeira etapa começou nas décadas de 1950 nos Estados Unidos de América (EUA) e 1960 na Europa (principalmente em Reino Unido), ainda durante o período da idade de ouro do capitalismo (1945-1973), que permitiu uma maior acumulação do capital industrial, que foi a base para que as famílias investirem as suas poupanças na compra de títulos de seguro de vida, e também a mudança na forma do pagamento dos salários dos trabalhadores através de depósitos em contas bancárias. Tudo isso, permitiu que uma grande quantidade de dinheiro fluísse para os bancos, o qual, por sua vez, aumentou a escala de suas operações de crédito, bem como outras colocações de curto prazo no mercado financeiro, procurando cada vez maior rentabilidade. Assim, em relação a reconstituição do mercado financeiro, o Chesnais assinala o seguinte:

Essa reconstituição ocorreu graças a condições institucionais precisas, em um dos centros históricos do capital portador de juros, o Reino Unido. Enquanto o controle de câmbio atingia seu máximo, permitiu-se em 1958 a criação como offshore na City de Londres de um mercado interbancário de capitais líquidos registrados em dólares, chamado “mercado de eurodólares”. Essa será a primeira base de operação internacional do capital portador de juros. Grandes empresas ajudaram a sua reconstituição, ao lado de bancos que aproveitaram para começar a se internacionalizar [...]. (CHESNAIS, 2005, p. 38)

Na segunda etapa, denominada de “reciclagem dos petrodólares”, começou na década de 1970. Nesta etapa, os países da Organização dos Países Exportadores de Petróleo –principalmente Arábia Saudita– faziam grandes depósitos em dólares nos bancos internacionais, os quais provinham da venda do petróleo nos mercados internacionais exclusivamente em dólares e do aumento temporal de seu preço, os quais, por sua vez, estavam relacionados com a emissão adicional de dólares pelo Federal Reserve System dos EUA (lembre-se que em 1971, desvinculou-se o dólar do padrão ouro). Como Chesnais (2005) assinala, essa “reciclagem” tomou a forma de empréstimos e de abertura de linhas de crédito dos bancos internacionais aos governos dos países chamados de “Terceiro Mundo”, assentando as bases para o controle econômico através da dívida pública, bem como os mecanismos de transferência de recursos destes países para os países capitalistas centrais. Chesnais explica o sentido dessa dívida pública da seguinte maneira:

A dívida se recreia sem cessar. Por pouco que o nível das taxas de juros seja superior ao dos preços e as taxas de crescimento da produção e do Produto Interno Bruto (PIB), ela pode aumentar muito rápido. É isso que se chama de efeito “bola de neve da dívida”. Os juros devidos sobre o principal da dívida (ou serviço da dívida) absorvem uma fração sempre maior do orçamento do Estado, das receitas das exportações e das reservas do país, de sorte que a única maneira de fazer face ao compromisso do serviço da saída é tomar um novo empréstimo [...]. Foi nos países do Terceiro Mundo, incentivados a se aproveitar dos créditos aparentemente vantajosos associados a reciclagem dos petrodólares, que as consequências do “golpe de 1979” foram as mais dramáticas. A multiplicação por três e mesmo por quatro das taxas de juros, pelas quais as somas emprestadas deviam ser reembolsadas, precipitou a crise da dívida do Terceiro Mundo, cujo primeiro episódio foi a crise mexicana de 1982 [...]. (CHESNAIS, 2005, p. 39)

Nesse sentido, a atual crise econômica mundial que estamos vivenciando desde a crise financeira mundial de 2007-2008, trata-se na realidade de uma crise estrutural do capitalismo, vista na sua totalidade, sendo apenas a esfera “financeira” –separada da esfera “real” – uma de suas manifestações mais visíveis e midiaticizadas, devido à extrema financeirização do capitalismo contemporâneo (HERRERA, 2015). Mesmo assim, Roberts (2016) assinala que, desde 2008, os principais países de capitalismo central têm se enfrentado com uma “Longa Depressão (Econômica)”.

A crise atual afeta o centro mesmo do capitalismo contemporâneo, ou seja, o bloco dos oligopólios bancários que controla a acumulação –apropriação– do capital, esse

mesmo bloque que, a partir do fim da década de 1970, impôs aos Estados os dogmas do neoliberalismo, principalmente para os países de capitalismo dependente (HERRERA, 2015). Isto último foi chamado por Herrera (2015) como “golpe de Estado financeiro”.

Herrera (2015) afirma que a crise econômica atual –que começou no 2007/2008– não é recente, já que estamos atravessando mais de quatro décadas de “desordenes econômicos” sucessivos em diversos países: México em 1982, a crise da dívida do “Terceiro Mundo” na década de 1980, EE. UU em 1987, União Europeia em 1992-1993, México em 1994, Japão em 1995, Ásia “emergente” em 1997-1998, Rússia e Brasil em 1998-1999, etc., as quais são expressões da mesma crise estrutural de capitalismo. Os prelúdios dessa crise agravam-se quantitativa e qualitativamente após 2006, evoluindo progressiva e catastróficamente até o segundo semestre de 2008, a partir do qual se expandiu como uma espécie de “contágio” do centro do sistema financeiro para o mundo inteiro (HERRERA, 2015).

Em sua teoria da “Longa Depressão (Economia)” no capitalismo contemporâneo, Roberts (2016) vai explicá-la em relação à sua diferença com uma recessão econômica. A economia convencional define a recessão quando uma economia reduz seu produto interno bruto (PIB) durante dois trimestres consecutivos; e define como depressão quando uma economia reduz seu PIB em mais do 10% ou quando reduz seu PIB durante mais de três anos consecutivos. No entanto, a diferença mais importante entre elas radica em sua natureza. Desde o século XIX, as recessões têm sido regulares e recorrentes cada oito ou dez anos; depois de uma recessão, a produção aumenta e expande-se durante alguns anos, para depois voltar a cair em outra recessão. Nas depressões há um menor crescimento que antes, na produção, o investimento e o emprego, durante um longo período.

Segundo Roberts (2016) tem havido três longas depressões econômicas, a primeira aconteceu no final do século XIX, durante o período 1873-1897, nos EUA e Europa; a segunda, conhecida como a “Grande Depressão (Econômica)”, aconteceu na primeira metade do século XX, durante o período 1929-1941, principalmente nos EUA e Europa, mas também alcançou a Ásia e América Latina; e a terceira começou depois da crise financeira mundial do 2007/2008 (incluindo a “Grande Recessão” do período 2008-2009) e que dura até hoje (incluindo outra recessão devido à pandemia da COVID-19), a qual foi chamada como a “Longa Depressão”.

De acordo com Herrera (2015), a crise econômica atual não se trata de uma crise comum nem temporal do qual o sistema capitalista seria reorganizado para voltar a funcionar “normalmente”. Esta é uma crise global –“mundializada” – e sistêmica, que

ultrapassa todas as crises internacionais do passado, em que o sistema capitalista financeirizado apenas poderia “administrar” a crise e amortecer seus efeitos mais perversos, mas não teria mais soluções internas para suprimir sua própria dinâmica contraditória, que se torna cada vez mais complexa (HERRERA, 2015).

Para Roberts (ROBERTS, 2016, 2022), a “Longa Depressão” desse século foi originado por forças econômicas que estiveram presentes desde 1997, quando começou a ocorrer uma queda da taxa de lucro no grupo de países do “G-20”, as maiores economias capitalistas e a União Europeia, fazendo lembrar a lei da queda tendencial da taxa de lucro, explicada por Marx há mais de 150 anos.

Nesse cenário, as instituições capitalistas aplicaram medidas de contratendência, com maior especulação com cada vez mais com ativos financeiros e seus derivados no mercado financeiro –orientado pela incessante valorização do valor–, que, no contexto da “recuperação econômica” dos EUA, foi chamado por Roberts (2019a) como o “mundo de fantasia”, devido ao aumento dos preços dos ativos financeiros, ao baixo investimento e baixo crescimento da produtividade, e ao aumento do emprego precário (ROBERTS, 2019a, 2022).

Além disso, essas instituições continuaram com uma maior exploração dos países dominados –ou, como diria Marini (2018), países capitalistas dependentes–, através da transferência de valor da periferia ao centro capitalista, principalmente através do intercâmbio desigual no comércio internacional, e outros como os fluxos globais da cadeia do valor dentro das multinacionais (recargo de preços de transferências), os fluxos de receitas de fatores (juros da dívida, ganhos do capital), a regulação da oferta monetária (mediante o controle do dólar), os fluxos de transferência (entradas de inversão estrangeira, compra e venda de ativos financeiros), etc. (ROBERTS, 2019b, 2022).

Nesse sentido, é fundamental compreender a categoria de “capital fictício”, a forma mais abstrata de capital portador de juros, para analisar a crise do capitalismo contemporâneo. Para Herrera (2015), o princípio básico do “capital fictício” é a capitalização de uma renda derivada de um sobre valor futuro, o que conhecemos como capital bancário, ações em bolsa, dívidas públicas, etc., bem como outras formas de “capital fictício” mais privilegiadas, como a securitização e as trocas dos produtos derivativos, através dos quais o capital parece valorizar-se em forma “autônoma”, separada em aparência da mais-valia e apropriadas sem exploração do trabalho. Nesse sentido, Herrera explica a natureza desse capital, afirmando o seguinte:

Porque o capital fictício é de uma natureza extremamente complexa, dialética, as vezes irreal e real. Sua natureza é em parte parasitária, mas este capital se beneficia de uma distribuição de mais-valia –sua liquidez- dando a seu proprietário o poder de convertê-lo, sem perda de capital, em moeda, a “liquidez por excelência”. Este capital fictício alimentaria assim uma acumulação adicional como meio de sua própria remuneração. (HERRERA, 2015, p. 10)

É necessário esclarecer que o capital portador de juros é diferente do capital fictício, ainda que este último seja um derivado do primeiro. Segundo Carcanholo e Sabadini (2015), o capital de juros produz uma ilusão social, e a partir dessa ilusão aparece o capital fictício. Eles explicam que a existência generalizada do capital portador de juros produz a ilusão de que toda remuneração provém de um capital, o qual é um capital ilusório ou valor presente em um rendimento regular; no entanto, quando o direito a essa remuneração está representado por um título que pode ser comercializado, ele se torna em um capital fictício.

Além disso, Carcanholo e Sabadini (2015) assinalam que o capital fictício não tem base material nem contribui na produção ou circulação da riqueza, no sentido de que não financia capital produtivo nem capital comercial. Ao princípio, com o desenvolvimento do sistema de crédito para financiar a produção, o capital portador de juros foi muito importante para aumentar a eficiência da produção do excedente e a velocidade de reprodução do ciclo do capital, mas sempre subordinado à lógica do capital industrial. No entanto, sob a forma do capital fictício. Esse capital assume um aspecto mais complexo e desmaterializado, atuando em forma independente e por fora do processo produtivo, afastando-se ainda mais do processo real de valorização do capital, e consolidando-se como uma fonte autônoma de valorização no mercado financeiro, funcionando de maneira especulativa e parasitária.

Nessas condições, a primeira manifestação da crise atual foi uma destruição em grande escala e em massa de capital fictício. Diante dessa situação, a resposta imediata dos governos de países de capitalismo central, servindo aos interesses do oligopólio bancário, consistiu em coordenar ações de seus bancos para injetar liquidez no mercado interbancário, através da criação de moeda primária, linhas de crédito suplementares e redução de taxas de juros, com o objetivo de limitar a desvalorização do capital fictício e de evitar o colapso total do sistema financeiro (HERRERA, 2015).

Roberts (2016) explica que a crise do capitalismo contemporâneo está baseada na convergência de duas tendências: a queda da taxa de lucro nas economias capitalistas; e,

em resposta a essa tendência, a valorização do capital na esfera financeira, tornando-se o capital fictício preponderante na dinâmica do capitalismo. A queda da taxa de lucro é só uma expressão da crise, seu fundamento se encontra na lei da queda tendencial da taxa de lucro, a causa subjacente da crise (ROBERTS, 2016). Segundo Marx, esta é a lei mais importante da economia política:

A lei de Marx começa com uma equação simples. A taxa de lucro (R) = a mais-valia (S) dividida por capital constante (C) e capital variável (V). A lei diz que os capitalistas estão envolvidos na concorrência no mercado para vender bens e serviços. Se eles não podem fazer um lucro, eles vão à quebra e devem deixar o mercado. Eles aumentam os lucros fazendo com que os trabalhadores produzam bens ou serviços com um valor maior do que o custo de produção [...]. Este valor extra é a mais-valia (S). Os capitalistas tentam reduzir seus custos em relação ao preço que podem vender com lucro [...]. Cada vez mais, eles devem fazer isso investindo em mais tecnologia para aumentar a produtividade da força de trabalho. Assim, a lei de Marx diz que, à medida que os capitalistas acumulam mais capital, o valor do equipamento, da planta e da tecnologia utilizada aumentará em relação à quantidade de trabalho empregada. O valor dos meios de produção é chamado de capital constante (C), [...]. O valor da força de trabalho empregada é chamado de capital variável (V), [...]. A lei de Marx diz que a proporção do capital constante sobre o capital variável aumentará ao longo do tempo. Essa razão é chamada de composição orgânica do capital (C/V). Se isso aumenta com o tempo e a taxa de mais-valia (S/V) se mantém constante, a taxa de lucro deve cair. Essa é a lei da tendência da taxa de lucro [...]. (ROBERTS, 2016, p. 12–13)

Roberts (2016) explica que esta lei tem contratendências, a principal delas é que a taxa de mais-valia (S) pode aumentar na medida que se utilizem novas tecnologias (C) para melhorar a produtividade do trabalho. Porém, esse aumento só será temporal e não poderá ser maior do que a composição orgânica do capital (C/V), portanto a taxa de lucro começará a cair novamente. Este ciclo ascendente –temporal– e descendente –mais profundo– na taxa de lucro representa a contradição principal do modo de produção capitalista. Nesse sentido, Roberts assinala o seguinte:

À medida que a taxa de lucro cai, em certo ponto isso causa uma queda no lucro total, gerando uma queda no investimento e na economia como um todo. A queda eventualmente reduz o custo do capital constante dos meios de produção (através de falências e renúncias de equipamentos) e do capital variável (através do desemprego, migração, etc.). A rentabilidade é então restaurada e toda a "porcaria" (para usar a frase de Marx) começa novamente. (ROBERTS, 2016, p. 13–14)

Por sua parte, o capital fictício também desempenha um rol importante na origem da crise, atuando como uma “contratendência” a tendência da queda da taxa de lucro,

além de outras contratendências, como a superexploração do trabalho, que tem no Estado o seu agente catalisador (MENDES; CARNUT, 2020; ROBERTS, 2016).

Em consequência, a queda da taxa de lucro promove a especulação no sistema financeiro para compensar essa queda. Roberts (2016) afirma que quando os capitalistas não podem obter suficientes lucros, através da acumulação do capital real, tentaram fazê-lo especulando na bolsa de valores ou comprando diversos ativos financeiros. Nesse sentido, Roberts assinala o seguinte:

Se, por exemplo, a especulação ocorre na habitação, isso cria uma opção para que os trabalhadores tomem emprestado e gastem mais do que ganham (mais do que os capitalistas colocaram como capital variável), e desta forma o "problema da realização" é resolvido. Mais cedo ou mais tarde, as bolhas estouram quando os investidores descobrem que os ativos não valem o que estão pagando por eles. O "problema de realização" ocorre novamente em uma forma expandida em comparação com antes da bolha. Agora os trabalhadores têm que pagar seus empréstimos, com juros, então eles têm que pagar mais do que ganham. O resultado é uma superprodução ainda maior do que foi evitada temporariamente em primeiro lugar. [...] O problema básico ainda é a queda da taxa de lucro, que deprime a demanda de investimento. Se a economia subjacente fosse saudável, uma bolha implosiva não precisaria causar uma crise, ou pelo menos uma pequena. Quando os trabalhadores e os capitalistas pagam juros sobre seus empréstimos, esse dinheiro não desaparece apenas: alguns capitalistas financeiros recebem os juros. Se a economia total fosse saudável e a taxa de lucro seria alta, e a receita gerada pelos pagamentos de juros seria reinvestida na produção de alguma forma. (ROBERTS, 2016, p. 28)

Como foi dito anteriormente, o Estado joga um rol preponderante na seguridade do movimento do capital, sendo deduzido e derivado da lógica do capital, determinando assim sua natureza capitalista. O Estado cumpre um rol que garante a manutenção das relações estabelecidas pelo modo de produção capitalista, assegurando, ainda em forma coercitiva, que as regras de troca das mercadorias não sejam violadas. Dado que o capital é uma relação social que tem profundas contradições, precisa de um Estado que “repare os danos” provocados por essas contradições (MENDES; CARNUT, 2020).

No campo da política social, Boschetti (2020) denomina esse tipo de Estado Social como o Estado Social capitalista, a partir de sua afirmação da mistificação ideológico política dos Estados de Bem-estar, imaginados como um conjunto articulado de políticas sociais que “*seriam capazes de assegurar o bem-estar e o bem comum, ou garantir a cidadania e a igualdade no capitalismo*” (BOSCHETTI, 2020 p. 3), surgidos durante a “época de ouro” do capitalismo nos países europeias, mas que nunca existiu realmente em nenhum país capitalista.

Boschetti (2020) afirma que os direitos e políticas sociais reconhecidas e implementadas no capitalismo conformam o Estado Social capitalista, o qual foi –e segue sendo– uma estratégia da classe capitalista para permitir a reprodução ampliada do capital em busca de manter a taxa de lucro, através de “concessões” ou reconhecimento jurídico –formal– de direitos sociais a classe trabalhadora, mas que no fundo eram formas de regulação da reprodução da força de trabalho, funcional ao capitalismo.

Segundo Boschetti (2020), o Estado Social, concebido como o conjunto articulado de direitos e políticas sociais, quando é abstraído das relações sociais de produção capitalistas que as determinam, assumem um sentido abstrato de igualdade, liberdade, propriedade e cidadania. Embora esses direitos e políticas sociais possam ser resultado das contradições entre capital e trabalho e das lutas de classe, segue contribuindo a reprodução ampliada do capital. No entanto, no contexto da agudização da crise estrutural do capitalismo, se intensifica a ofensiva contra a classe trabalhadora, para restabelecer as taxas de lucro, com maior exploração do trabalho e precarização das condições de trabalho e redução do Estado Social através da expropriação de direitos sociais (BOSCHETTI, 2020).

1.1.2. Saúde no capitalismo contemporâneo em crise

Mendes e Carnut (2022; 2020) assinalam que a crise do capitalismo contemporâneo pode ser melhor compreendida como uma crise de três dimensões: econômica, ecológica e sanitária. Esta crise vem garantindo a continuidade do processo de acumulação de capital –ainda durante a pandemia da COVID-19–, e, por vez, a expropriação de direitos sociais e da saúde.

Nesse entendimento, trata-se de compreender a crise sanitária, não como uma crise restrita nem temporal, mas como parte constitutiva da crise do capitalismo. A crise do capitalismo expressa-se em suas formas determinantes: a crise da forma mercadoria, a crise da forma política, e a crise da forma jurídica, tudo isso dando como resultado a crise da forma direito, incluindo o direito a saúde (MENDES; CARNUT, 2020).

Mendes (2022) argumenta que a crise capitalista deve ser compreendida “numa relação material entre a economia e a política”. De acordo com Pachukanis (citado por MENDES, 2022), a partir da forma mercadoria, orientada pela valorização do valor, derivam-se as formas política (o Estado capitalista) e jurídica (as relações burguesas-

capitalistas). Desta forma, Mendes (2022) conclui que “a crise da primeira forma -a forma mercadoria- imbrica as demais, fragilizando assim o direito a saúde”.

Nesse sentido, Mendes (2022) ressalta que devemos analisar a crise do direito à saúde a partir da crise do capitalismo contemporâneo e a reconfiguração que faz sobre a natureza do Estado, para um Estado capitalista e, no caso dos países de América Latina, dependente.

A expropriação de direitos sociais, principalmente no âmbito da saúde, se expressa na vigência do processo de subfinanciamento e desfinanciamento da saúde, bem como diversos mecanismos de financiamento –e alocação de recursos– no setor público, que impedem a universalização do acesso à saúde e alteram-na para formas de acesso focalizado e seletivo para os mais pobres (MENDES, 2022; MENDES; CARNUT, 2020).

Além disso, outra expressão dessa expropriação refere-se ao incentivo dado pelo Estado à iniciativa privada, através de diversas formas de transferência dos recursos públicos para o pagamento de serviços privados e diversas formas privatizantes de gestão, que, conjuntamente com as despesas de bolso das famílias, contribuem a incrementar o gasto privado em saúde (MENDES, 2022; MENDES; CARNUT, 2020).

Mesmo assim, além do baixo orçamento público para a saúde, outras medidas vêm prejudicando seu financiamento, como a não vinculação –ou desvinculação– das receitas nacionais para o financiamento público da saúde, bem como as renúncias fiscais no setor saúde, particularmente no Brasil (MENDES; CARNUT, 2020).

Essas particularidades no financiamento da saúde podem ser melhor compreendidas no contexto da crise do capitalismo contemporâneo. O Estado capitalista atua restringindo o orçamento público, aplicando medidas de ajustamento fiscal, que, em seu caso mais extremo, servem para garantir o pagamento da dívida pública, alimentando assim o apetite voraz do capital fictício.

1.2. PENSAMENTO CRÍTICO DE VICENTE NAVARRO LÓPEZ

Nesta seção, se descreve a trajetória acadêmica e política-institucional de Vicente Navarro López e se destaca sua contribuição, através da sua ampla produção científica, na análise e compreensão dos sistemas de saúde no capitalismo, particularmente em relação a sua organização, financiamento e provisão de serviços saúde.

A obra referenciada nesta secção é o livro “La Medicina bajo el Capitalismo” (NAVARRO, 1978), publicado originalmente em inglês em 1976, que aborda a questão da saúde/assistência medica e sua inter-relação com o capitalismo.

1.2.1. Vicente Navarro López: uma breve biografia intelectual e político-institucional

Vicente Navarro López nasceu em 1 de novembro de 1937, em Gironella, Barcelona, Espanha. Se formou em medicina e cirurgia na Universidade de Barcelona, em 1962. Navarro teve que se exiliar de Espanha por razões políticas, devido a ditadura de Francisco Franco em Espanha. Durante esses anos, estudou economia política na Uppsala Universitet e na Stockholms Universitet (Suecia), e políticas públicas na London School of Economics e na University of Oxford (Inglaterra) e na Usher Institute of Edinburg (Escócia) (VICENÇ NAVARRO, [s.d.]

Em 1965, depois de terminar seus estudos em Escócia, Navarro foi convidado pelo professor Kerr L. White para integrar-se ao Departamento de Cuidados Médicos e Hospitais da Bloomberg School of Public Health da Johns Hopkins University, nos EUA, em que fez um doutorado em políticas públicas e sociais, em 1967. Mesmo assim, Navarro foi nomeado professor dessa universidade, e desde 1977 exerceu cátedras em políticas sanitárias e sociais, políticas públicas e estudos políticos (UNIVERSITAT POMPEU FABRA, [s.d.]

Atualmente, Navarro é professor do Departamento de Ciências Políticas e Sociais na Universidade Pompeu Fabra, em Espanha, e também é professor emérito de políticas públicas na Johns Hopkins University, nos EUA. Mesmo assim, Navarro é professor do Programa de Políticas Públicas e Sociais, patrocinado conjuntamente pela Universidade Pompeu Fabra e Johns Hopkins University. Além disso, Navarro foi professor de economia aplicada na Universidad de Barcelona e na Universidad Complutense de Madrid. Suas principais linhas de pesquisa são em políticas sociais, políticas públicas, forças econômicas sociopolíticas que moldam a política de saúde, e comparações internacionais de saúde e política social (JOHNS HOPKINS UNIVERSITY, [s.d.]; VICENÇ NAVARRO, [s.d.]

Além disso, em 2004, Navarro participou da criação da Universitat Progressista d’Estiu de Catalunya, junto com um grupo de pessoas comprometidas com as políticas de esquerda e vinculados aos âmbitos sociais, intelectuais, políticos e acadêmicos, como

Carles Martí, Dolors Camats, Francesc Trillas, Isabel Ribas, Jaume Collboni, Joffre Villanueva, Jordi Miralles, Jordi Serrano, Jordi Vilardell, Josep Fontana, Lourdes Rios, Oriol Illa, Raimon Obiols, Santiago Castellà, Xavier Bretones e Xavier Ferrer, afim de oferecer um espaço de debate plural e heterodoxo desde os setores progressistas em Catalunha, Espanha. Atualmente, Navarro é reitor emérito dessa universidade (UNIVERSITAT PROGRESSISTA D'ESTIU DE CATALUNYA, [s.d.]

Navarro assessorou as Nações Unidas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e muitos governos incluindo: o governo de Unidade Popular do Chile presidido pelo Dr. Salvador Allende, o governo cubano (na sua reforma sanitária), o governo socialdemocrata sueco, os governos socialistas espanhóis, os governos tripartidos e "d'Entesa" catalães, e o atual governo de coalizão espanhol (Partido Socialista Obrero Espanhol e Unidas Podemos, desde o 2020) (VICENÇ NAVARRO, [s.d.]).

Além disso, em 1984, Navarro foi assessor de saúde da campanha presidencial de Jesse Jackson, nas eleições primárias de 1984 e de 1988 do Partido Democrata, nos EE. UU., sendo uma de suas propostas de políticas universais, o “Programa Nacional de Saúde”. Mesmo assim, em 1993, Navarro foi membro do Grupo de Trabalho para a Reforma Sanitária, dirigido por Hillary Clinton, durante o governo do presidente Bill Clinton, que também era do Partido Democrata (JACOBIN, 2020).

No âmbito da investigação, Navarro é editor fundador do “International Journal of Health Services”, do qual tem sido também o seu editor-chefe desde o seu início. A revista foi criada na década de 1970, com o objetivo de ser um foro para o análise da promoção da saúde e prevenção das doenças, e com especial interesse nas áreas de saúde e política social, economia política e sociologia, história e filosofia, e ética e direito. Inicialmente, a revista pertencia à Baywood Publishers e, posteriormente, foi adquirido pela Sage, a maior editora acadêmica dos EUA, sendo patrocinado pela School of Public Health da Johns Hopkins University. Em 2022, Navarro anunciou a mudança no título da revista a partir de 2023, para “International Journal of Social Determinants of Health and Health Services”. Os coeditores-chefes serão Joan Benach (Universidad Pompeu Fabra) e Carles Muntaner (Pompeu Fabra University), com foco nas áreas de economia política, política social e desigualdades, ecologia e trabalho, além de história e filosofia (NAVARRO, 2022).

Além disso, Navarro escreveu mais de 28 livros, alguns deles traduzidos para espanhol, francês, alemão, sueco, japonês e chinês, e mais de 400 artigos científicos. Navarro escreveu seus primeiros livros durante a década de 1970: “Health and Socio-

Economic Development” (1971), “National and Regional Health Planning in Sweden” (1974), “Medicine Under Capitalism” (1976), “Health and Medical Care in the US: A Critical Analysis” (1977), “Social Security and Medicine in the USSR. A Critique” (1977), “Class struggle, The State and Medicine: An Historical and Contemporary Analysis of the Medical Sector in Great Britain” (1978).

Durante a década de 1980 escreveu: “Imperialism, Health and Medicine” (1980), “Health and Work. An International Perspective” (1983), “Crisis, Health, and Medicine. A Social Critique” (1986).

Durante a década de 1990, Navarro escreveu: “Why The U.S. Does Not Have A National Health Program” (1992), “Dangerous to Your Health; Capitalism in Health Care” (1993), “The Politics of Health Policy: The U.S. Reforms 1980-1994” (1994), “Desigualdades Sociales en Salud en España” (1996), “Neoliberalismo y Estado del Bienestar” (1997).

Durante a década de 2000, Navarro escreveu: “Globalización Económica, Poder Político y Estado del Bienestar” (2000), “The Political Economy of Social Inequalities. Consequences for Health and Quality of Life” (2001), “La Política Che Decide. Neoliberalismo e Stato Sociale” (2001), “Bienestar insuficiente, Democracia incompleta. Sobre lo que no se habla en nuestro país” (2002), “The Political and Social Contexts of Health” (2004), “La situación social de España, volumen I, II e III” (2004, 2007, 2009), “Neoliberalism, Globalization and Inequidades. Consequences for Health and Quality of Life” (2007), “The Financial and economic crises and their impact on health and social well-being” (2014).

Nos últimos anos, Navarro tem se dedicado principalmente à escrita sobre a situação econômica, política e social na Espanha: “Political and Economic Determinants of Population Health and Well-Being. Controversies and Developme” (2004), “El estado del bienestar en España” (2004), “El subdesarrollo social de España. Causas y Consecuencias” (2006), “¿Están en peligro las pensiones públicas? Las preguntas que todos nos hacemos. Las respuestas que siempre nos ocultan” (2010), “Hay alternativas. Propuestas para crear empleo y bienestar en España” (2012), “Lo que España necesita: Una réplica con propuestas alternativas a la política de recortes del PP” (2012), “Lo que debes saber para que no te roben la pensión” (2013), “Los amos del mundo: Las armas del terrorismo financiero” (2014), “Ataque a la democracia y al bienestar. Crítica al pensamiento económico dominante” (2015).

Em 2002, Navarro recebeu o prêmio de ensaio da Editora Anagrama por seu livro “Bem-estar Insuficiente, Democracia Incompleta. Do que não se fala em nosso país”. Em 2005 e novamente em 2015, foi agraciado com o Golden Apple Award, concedido ao melhor docente da Bloomberg School of Public Health por seu curso "A Economia Política das Desigualdades Sociais e suas Consequências para a Saúde e a Qualidade de Vida". Em 2009, Navarro foi nomeado Doutor Honoris Causa pela Universidade de Málaga, e posteriormente, em 2013, recebeu o mesmo título pela Universidade de Lleida, ambos na Espanha. Em 2014, Navarro foi agraciado com o Prêmio Stebbins, concedido ao melhor professor do Programa de Políticas Públicas e Sociais da Johns Hopkins University (JOHNS HOPKINS UNIVERSITY, [s.d.]; VICENÇ NAVARRO, [s.d.]).

1.2.2. Crítica ao predomínio do funcionalismo na abordagem da saúde

Navarro (1978) fez uma forte crítica ao predomínio do **funcionalismo** –tradicional– nas ciências sociais, afirmando que sua **abordagem analítica é limitante e limitadora para compreender a sociedade**, a sociedade na sua totalidade, e que, muitas vezes, oculta a realidade em vez de esclarecê-la. Navarro assinala que a principal característica do funcionalismo é **analisar os componentes da sociedade** (as partes) em termos de suas funções sociais, **partindo do pressuposto de que, dessa análise, é possível construir posteriormente um modelo teórico que facilite a compreensão da sociedade** (o todo). Nesse sentido, Navarro qualifica o funcionalismo como um modelo muito abstrato, dando como exemplo disso a teoria sociológica funcionalista de Talcott Parsons.

Para nos aproximarmos da concepção do funcionalismo, tomamos como referência o explicado por Pereira, sobre as características comuns às vertentes do funcionalismo (os ortodoxos [Spencer, Durkheim] e os não ortodoxos [Parsons, Merton, Neil Smelser]):

[...] figurando como preceito cardinal a uma teoria que pretende universal, está a concepção sistêmica da realidade; ou seja, o entendimento de que a sociedade é um sistema integrado, constituído por partes ou elementos interconectados, que atuam em conjunto e se relacionam entre si e com a sociedade como um todo [...] as partes da sociedade são explicadas pela função que exercem neste todo, o papel desempenhado para que o sistema continue operando corretamente e, assim, seja mantido. [...] a analogia orgânica, ou seja, a comparação dos sistemas sociais aos organismos vivos, biológicos. Assim, se cada parte (órgão) da sociedade (organismo) desempenhar adequadamente suas funções, a harmonia (saúde) do sistema é garantida. (PEREIRA, 2013, p- 82-83).

A crítica de Navarro (1978) ao funcionalismo tinha como finalidade **pôr em dúvida a sua capacidade para analisar e compreender a sociedade**, bem como a sua aplicação na saúde. Cabe precisar que Navarro compreende a sociedade como *“as ordenações sociais que, em última instância, se vem determinadas por uma mistura específica de forças sociais e relações de produção”* (NAVARRO, 1978a, p. 15).

Em resposta a uma crítica de Reidy sobre o seu trabalho, intitulada “Funcionalismo Marxista na Medicina: Uma Crítica ao Trabalho de Vicente Navarro”, Navarro explica as **diferenças entre o marxismo** –que Navarro reconhece utilizar no seu trabalho– e **o funcionalismo parsoniano ou clássico** –que Reidy utiliza para desqualificar o trabalho de Navarro–:

Concentrar-se na totalidade, no entanto, não é só característica de Parsons. Marx fez isso também. O foco de Parsons no sistema maior é na verdade bastante semelhante ao foco de Marx no sistema de sociedades inteiras. Marx também explicou vários componentes e propriedades da sociedade através de referências às suas funções dentro da totalidade social. Por exemplo, Marx e os marxistas sempre explicaram o desemprego em termos da 'necessidade' do capitalismo para um exército de reserva do trabalho. Falar da função do desemprego e da importância dessa função para a reprodução do capitalismo não faz de Marx um parsoniano [...] **A enorme diferença entre o funcionalismo clássico e a maioria das posições marxistas reside na compreensão do contexto social em que ocorrem as funções institucionais, da relação entre os agentes sociais e as funções institucionais, e como essas relações sociais se relacionam entre si e com as demais.** (NAVARRO, 1978 p. 446)

Navarro (NAVARRO, 1985) aponta outras características relevantes que diferenciam o análise da sociedade entre o marxismo e o funcionalismo, como **o reconhecimento das diferenças de poder de seus componentes** –ou instituições– e **as funções contraditórias desses componentes, dependendo de sua posição de poder na sociedade**. Nesse sentido, Navarro afirma o seguinte:

Enquanto Parson dá igual peso a todos os componentes da sociedade, família, igreja, governo, eu não. [...] eu não acho (como os parsonianos) que a única função das instituições seja a reprodução do sistema, nem que todas as funções sejam involuntárias, dadas só por sua posição dentro do sistema. As instituições têm muitas funções diferentes, dependendo de sua articulação dentro das relações de poder (classe, gênero, raça) em uma sociedade específica. A reprodução do sistema é a função principal desejada pela classe capitalista. Mas da mesma maneira que a classe capitalista não é a única classe que existe no capitalismo, essa função não é a única a que estas instituições servem. [...] para a classe capitalista, a medicina tem uma função principal de dominação e controle. Para a classe trabalhadora, a medicina cumpre a função de atender suas necessidades médicas. Estas diferentes necessidades determinam diferentes funções que existem em contradição dentro das mesmas instituições da medicina. (NAVARRO, 1985, p. 446)

Mesmo assim, é importante destacar que, no contexto dessas funções em contradição, a posição e as relações de poder das instituições na sociedade **não são estáticas, pelo contrário, elas dependem do processo de luta de classes que as redefine continuamente**, mas resultando em funções sempre contraditórias na sociedade (NAVARRO, 1985).

Dessa forma, a influência do funcionalismo expandiu-se para a saúde. A saúde, ao precisar das ciências sociais para explicar o processo saúde-doença, adotou o método de estudo predominante dessas ciências. Nesse caminho, o funcionalismo atingiu uma preferência especial na análise da saúde (NAVARRO, 1978a).

A maioria dos análises da saúde se preocuparam principalmente nas forças e atores que estavam presentes dentro do setor saúde, aos que consideraram como os fatores determinantes do que acontecia neste setor. Assim, Navarro (1978) afirma que era errado tentar compreender a complexidade da saúde concentrando-se apenas nas forças e atores dentro do sector da saúde. Nesse sentido, Navarro afirma o seguinte:

Este método de aproximação –o método funcional– pressupõe que a parte (a medicina) é autónoma em relação ao todo (a sociedade). Pongo em dúvida e discordo de tal pressuposto. Pelo contrário [...], o sistema de medicina é determinado principalmente pelas mesmas forças que determinam a totalidade da formação social ou sociedade. Por outras palavras, considero que a medicina é o resultado dialético de forças que existem tanto fora como dentro dela, sendo as primeiras mais importantes que as segundas se atendermos ao seu grau de influência. (NAVARRO, 1978a, p. 14)

Desta forma, Navarro (1978) reafirma que, desde o ponto de vista sociológico, para compreender nossas sociedades e a saúde, precisamos pôr em dúvida as teorias e métodos que predominam nas ciências sociais, que impedem ver a totalidade dos fatores determinantes, e que se aplicam ao análise da saúde.

No entanto, Navarro (1978) reconhece o complexo de analisar a sociedade desde sua totalidade, devido a divisão do trabalho que faziam as ciências sociais, em forma de compartimentos disciplinares: economia, sociologia, antropologia, ciências políticas, etc. Esta abordagem disciplinaria levava inevitavelmente a uma compreensão fragmentada da realidade: “[...] a explicação de nossa realidade e seus distintos componentes, incluindo a medicina, é mais, muito mais, que a simples soma de suas explicações sociológicas, econômicas, políticas, psicológicas, etc.” (NAVARRO, 1978a, p. 15).

Nesse sentido, Navarro (1978) assinalava que a compreensão de nossas sociedades e suas realidades sanitárias requerem uma abordagem distinta, onde a saúde seja observada como parte integrante da sociedade e em que sejam analisadas as relações dialéticas entre a parte e o todo. Para chegar a essa compreensão, utiliza o materialismo histórico, em contraparte aos métodos tradicionais e predominantes –o funcionalismo–, para analisar a totalidade da sociedade, e logo utiliza a compreensão do todo como base para analisar e compreender a saúde. Desta forma, pretende demonstrar que a saúde (a parte) obedece às mesmas forças que determinam a sociedade (o tudo).

Navarro (1978) adota uma perspectiva marxista ao analisar a sociedade, destacando que as estruturas sociais são fundamentalmente moldadas pela interação entre diversas forças sociais e relações de produção. Mesmo assim, quando Navarro (1978) faz referência à "combinação específica de forças sociais e relações de produção", ele está se referindo, em última instância, ao contexto específico do capitalismo.

Em relação à concepção marxista da sociedade, Marx (2000) compreende a sociedade desde sua análise do processo de produção e as relações sociais de produção:

Na produção, os homens não atuam somente sobre a natureza, mas atuam também uns sobre os outros. Não podem produzir sem uma certa associação, para agir em conjunto e estabelecer um intercâmbio de atividades. Para produzir os homens contraem determinados vínculos e relações, e através destes vínculos e relações sociais, e só através deles, é como se relacionam com a natureza e como se efetua a produção [...]. As relações sociais nas quais os indivíduos produzem, as relações sociais de produção, mudam, portanto, ao mudar e desenvolver os meios materiais de produção, as forças produtivas. As relações de produção formam em conjunto o que se chamam as relações sociais, a sociedade, e concretamente, uma sociedade com um determinado grau de desenvolvimento histórico, uma sociedade de carácter peculiar e distintivo. A sociedade antiga, a sociedade feudal, a sociedade burguesa, são outros tantos conjuntos de relações de produção, cada um dos quais representa, ao mesmo tempo, um grau especial de desenvolvimento na história da humanidade. (MARX, 2000)

Neste contexto, Navarro (1978) propõe-se desafiar o pressuposto, predominante nas ciências sociais, de que ultrapassamos o paradigma do capitalismo (e outras como imperialismo, classe social, luta de classes, e outros da teoria marxista), substituindo-o por outras categorias de análise no plano econômico e social. No entanto, Navarro (1978) alerta que, apesar das diversas mudanças ocorridas em nossas sociedades, estas não alteraram as características e contradições fundamentais do capitalismo. Mesmo assim, existe uma tendência –da cultura burguesa– a apresentar o marxismo como uma

“ideologia” –em uma conotação negativa–, enquanto as ciências sociais –sob o domínio do funcionalismo– são apresentadas como ciência.

Esta dicotomia se apoia na convicção de que as ciências sociais se desenvolvem independentemente de qualquer posição política ou juízo de valor, como se fosse possível forjar uma ciência social “livre de valores”. Nesse sentido, Navarro explica o seguinte:

Para dizer a verdade, no que faz às ciências sociais, supõe-se que o estudo da sociedade e das partes que a compõem se baseia na simples acumulação de dados e que depois, somente depois, desses dados se deduzem as teorias. [...] A principal suposição que se esconde detrás dessa dicotomia –que dito seja de passo, é encantadoramente ingênua– é que os dados constituem um reino independente das teorias que estabelecem o significado dos mesmos [...]. [...] todo análise social está carregado de valores, por desapaixonado que seja, por muitos adornos estatísticos que leve, por pomposa que resulte o jargão sociológico sobre o qual descansa. E todas as ciências sociais são ideologias disfarçadas. (NAVARRO, 1978a, p. 16–17)

1.2.3. Subdesenvolvimento da saúde no capitalismo contemporâneo

1.2.3.1. Crítica à teoria das etapas do desenvolvimento na abordagem da saúde

No século XX, **o principal pressuposto das teorias mais influentes na sociologia do desenvolvimento**, aplicada também na América Latina, **consistia na transformação de um modo subdesenvolvido para outro desenvolvido**: o modelo de “modernização”, como se para que um país subdesenvolvido se tornasse desenvolvido, fosse necessário primeiro que adoptar as características deste.

Os representantes desta abordagem, desenvolvido na década de 1960, foram Talcott Parsons, sociólogo estadunidense, através de sua obra “Structure and process in modern societies” (1960), e Bert Hoselitz, economista estadunidense, através de sua obra “Sociological factors in economic development” (1960). Navarro afirma que, devido à grande influência que exerceram esses autores nas ciências sociais, influíram também na maioria das pesquisas sobre a saúde, em geral, e os serviços de saúde, em particular, nos países subdesenvolvidos.

Nesse sentido, Walt Rostow, economista estadunidense, seguindo essa abordagem, propus a “**teoria das etapas do desenvolvimento econômico**”, através de sua obra “Etapas do desenvolvimento econômico (Um manifesto não-comunista)” (tradução em português de 1961). Segundo Rostow (1961), a transição de um país subdesenvolvido

para um país desenvolvido se dá em **cinco etapas: a sociedade tradicional, as pré-condições para o arranco, o arranco, a marcha para a maturidade, a era do consumo em massa**. Rostow considerava que essa teoria poderia ser aplicável para todos os países, como uma tentativa de teoria geral, **embora ele mesmo reconhecesse que esse modelo era arbitrário, limitado e não exato para explicar a história econômica moderna**. Mesmo assim, segundo Rostow (citado por Navarro, 1978a), existem **duas mudanças principais que impulsionam o processo de desenvolvimento: a difusão cultural e a difusão de capital**.

Em relação à difusão cultural, Navarro (1978) explica que, segundo essa teoria, para que ocorra desenvolvimento, os valores "industriais" devem difundir-se dos países desenvolvidos para os subdesenvolvidos, a suas capitais nacionais, capitais provinciais e cidades periféricas, nessa sequência. Desta forma, o desenvolvimento se concebe como um fenômeno de adoção da cultura e transmissão de valores, conhecimentos e tecnologias de uma sociedade para outra.

Para dar um exemplo, Rostow aborda as questões não econômicas relacionadas às condições para a etapa do arranco, afirmando o seguinte (embora isso possa ser contraditório com a realidade):

As grandes linhas da mudança social necessária para preparar uma sociedade tradicional para o desenvolvimento sistemático estão-se tornando bastante familiares. Todos concordarão em que uma nova elite -uma nova liderança- deve aparecer e que a ela deve ser dada liberdade para começar a construir uma sociedade industrial moderna, e, embora a ética protestante não represente absolutamente o único conjunto de valores adequado à modernização, é indispensável que os membros de tal elite encarem a modernização como tarefa possível, atendendo a determinado fim que ela julgue ser eticamente melhor ou de qualquer outra forma vantajoso. (ROSTOW, 1961, p. 43)

Embora as potências imperialistas seguissem diretrizes que nem sempre favorecessem ao máximo o desenvolvimento das condições para o arranco, elas não podiam deixar de acarretar transformações nas ideias, conhecimentos, instituições e suprimento de capital social fixo que impulsionaram a sociedade colonial ao longo do caminho de transição, e, amiúde, compreenderam certa espécie de modernização como um objetivo explícito da política colonial. (ROSTOW, 1961, p. 45)

Em relação à difusão de capital, Navarro (1978) explica que, segundo essa teoria, para que ocorra desenvolvimento, os países desenvolvidos devem difundir capital para os países subdesenvolvidos, a fim de estimular o seu crescimento econômico. Desta forma, o capital estrangeiro criaria uma economia de mercado de enclave nos países subdesenvolvidos, primeiro em sua capital nacional, a partir da qual se influenciaria o

resto do país. No entanto, durante esta transição, coexistiria uma economia dual dentro do mesmo país, com economias de mercado de enclave e economias marginais (aquelas não integradas ao mercado).

Para dar um exemplo, Rostow aborda as questões da disponibilidade de recursos financeiros para a etapa de arranco, afirmando o seguinte (embora isso também possa ser contraditório com a realidade):

De um modo geral, os fundos para os empréstimos necessários ao financiamento do arranco provieram de duas espécies de fontes: de deslocamentos do controle dos fluxos de renda, incluindo variações da distribuição desta e de importações de capital, e do reinvestimento dos lucros em determinados setores de crescimento rápido. (ROSTOW, 1961, p. 70)

Um último elemento para a oferta de recursos financeiros é, naturalmente, a importação de capital. O capital estrangeiro exerceu papel importante na fase de arranco de muitas economias [...].

Que se pode dizer, então, de modo geral, quanto à oferta de recursos financeiros durante o período do arranco? Primeiramente, como pré-condição, parece necessário que os excedentes conseguidos na comunidade, acima do nível do consumo em massa, não corram para as mãos de quem os esterilize pelo simples entesouramento, consumo sibarítico ou despesas com investimentos de baixa produtividade. Em segundo lugar, como pré-condição, parece de mister que sejam criadas instituições para proporcionar capital de giro barato e suficiente. Em terceiro lugar, ainda como condição necessária, parece que um ou mais setores têm de crescer rapidamente, induzindo um processo de industrialização mais generalizada, e que os homens de em presa desses setores reinvestam uma proporção substancial dos lucros em novos investimentos produtivos [...]. (ROSTOW, 1961, p. 73)

Dada a enorme influência da teoria proposta por Rostow, três de suas principais características aparecem em quase todas as **pesquisas sobre a distribuição (desigual) de recursos sanitários dos países desenvolvidos para os subdesenvolvidos e dentro destes últimos: a necessidade de difusão cultural e tecnologia** (por exemplo, a adoção do modelo flexneriano na educação médica), **a escassez de capital nacional** (por exemplo, a interpretação de que um sistema universal de saúde é inviável, sendo necessário segmentar o acesso aos serviços de saúde segundo uma lógica de mercado), e **a dualidade da economia** (por exemplo, a distribuição desigual dos recursos sanitários entre cidades do centro do poder e as cidades periféricas e zonas rurais) (NAVARRO, 1978a).

Segundo esta “lógica”, nos sistemas de saúde dos países subdesenvolvidos predomina uma **medicina especializada e tecnológica**, orientada ao **predomínio do atendimento hospitalar** e à **medicalização da vida**, baseada na educação médica

“flexneriana” (segundo o modelo de reforma na educação médica nos EUA, a partir do relatório de Abraham Flexner [1910]), os quais perpetuam o **padrão de produção e consumo de assistência médica, adequada às necessidades dos países desenvolvidos e grupos econômicos que controlam a maior parte dos recursos sanitários nos países subdesenvolvidos**, que não beneficiam a maioria da população. Mesmo assim, as economias de enclave no setor saúde geram uma distribuição desigual dos recursos, priorizando a cobertura de assistência médica a uma pequena parte da população que consome grande parte dos recursos, em contraste com o restante da população menos favorecida.

Desta forma, a “teoria das etapas de desenvolvimento” racionalizou e justificou a relação entre os países subdesenvolvidos e desenvolvidos, apresentado a estes últimos como modelos que deveriam seguir os primeiros, ocultando que o subdesenvolvimento é produzido pelas estruturas e relações de poder político e econômico entre esses países (NAVARRO, 1978a).

No entanto, Frank, Baran e Griffin (citado por NAVARRO, 1978a) demonstraram a invalidez da teoria rostowiana do desenvolvimento -e os seus derivados- ao confrontá-lo com a realidade, e explicaram sua a ineficácia para promover o “desenvolvimento”. Nesse sentido, Navarro (1978) afirma que, em concordância com esses autores, **as verdadeiras causas do subdesenvolvimento são a excessiva dependência cultural e tecnológica, e a utilização inadequada e mal dirigida do capital existente por parte dos grupos de poder econômico nacionais e estrangeiros que controlam os recursos.**

Em relação à suposta falta de difusão cultural e tecnológica, pelo contrário, **existe uma ampla difusão de valores** –a tecnologia vista também como um processo carregado dos valores– dos países desenvolvidos para os subdesenvolvidos, **mesmo chegando à dominação cultural**, os quais são transmitidos através do sistema educativo –incluindo a educação médica–, dos diversos meios de comunicação, as grandes quantidades de importações de tecnologias, etc., o qual poderia ser mais prejudicial do que benéfico para o “desenvolvimento” dos países subdesenvolvidos (NAVARRO, 1978a).

Em relação à suposta falta de capital e a necessidade de difusão de capital para os países subdesenvolvidos, segundo Fucaraccio e outros autores (citado por NAVARRO, 1978a), na verdade, **trata-se de uma utilização insuficiente e mal dirigida do capital**, não só pelo montante do investimento relativo, mas também pela natureza desse investimento, financiada pela poupança nacional, cujo **uso está influenciado pelos grupos de poder econômico**, pouco relacionada com o aumento da capacidade produtiva

e a resolução dos problemas sociais. Nesse sentido, Fucaraccio (1973) critica as teses sobre o desenvolvimento nos países subdesenvolvidos baseadas no modelo Harrod-Domar (derivado da teoria rostowiana do desenvolvimento):

Postulou-se que esses argumentos baseados no modelo Harrod-Domar carecem de evidências empíricas no contexto das economias latino-americanas. De fato, a principal suposição subjacente a esses argumentos é que o capital é escasso na América Latina, e que uma população crescente tende a reduzir o capital per capita; uma segunda suposição subjacente é que para aumentar o desenvolvimento é necessário aumentar muito a proporção do produto interno bruto com base em investimentos. [...] em primeiro lugar, não há escassez de capital na América Latina, mas sim uma grande subutilização do capital; ou seja, o capital parece escasso porque está sendo consideravelmente subutilizado. [...] parte dessa subutilização ocorre porque o controle do capital se limita ao setor de alta renda da população, como resultado de uma distribuição altamente distorcida da renda nesses países. As políticas baseadas no investimento visam maximizar ainda mais essa distribuição desigual de renda. Os investimentos realizados nesses setores absorvem muito pouco da força de trabalho, aumentando ainda mais a situação do desemprego na América Latina. (p. 133)

Além disso, no contexto da dominação política e econômica dos países de capitalismo central sobre os de capitalismo dependente, criaram-se fortes **laços entre o capital nacional dos países subdesenvolvidos** (chamado por Andre Gunder Frank como “lumpenburguesia”) e **o capital estrangeiro**, cuja relação produziu uma descapitalização externa, em que os lucros dos capitais crescem e multiplicam-se não no país onde se investe, mas no estrangeiro. Assim, contrariamente à teoria rostowiana do desenvolvimento, os capitais não se difundem dos países desenvolvidos para os subdesenvolvidos, mas na direção contrária (NAVARRO, 1978a).

1.2.3.2. Determinantes econômicos e políticos do subdesenvolvimento da saúde

Navarro (1978) analisa **o subdesenvolvimento da saúde** na América Latina por meio do estudo de suas **origens econômico e político presentes na própria sociedade em que estão inseridos**. Para isso, Navarro (1978) se concentra na análise da inadequada distribuição de recursos sanitários, especialmente os recursos humanos, nos países subdesenvolvidos de América Latina. Navarro (1978) faz essa análise considerando que o subdesenvolvimento desses países está estreitamente relacionado com o desenvolvimento dos países desenvolvidos. Dessa forma, Navarro (1978) analisa a inadequada distribuição dos recursos sanitários, colocando-a dentro do **contexto dos**

parâmetros que determinam o subdesenvolvimento na América Latina, e explica como essa forma de distribuição segue a mesma forma de distribuição da maioria dos recursos nesses países.

Mesmo assim, Navarro (1978) considera que, apesar da diversidade das economias dos países da América Latina, no contexto da distribuição dos recursos, todos estes países –exceto Cuba– têm similares estruturas econômicas, políticas, sociais e culturais, permitindo a sua análise como um todo.

No entanto, Navarro (1978) reconhece as controvérsias em torno ao termo países “subdesenvolvidos”, que ele mesmo utiliza em seu estudo, explicando –em rodapé– o seguinte: “[...] *sou consciente de que não existe um termo preciso que defina não só o estado de pobreza da maioria da espécie humana, mas também o processo que o determina*” (NAVARRO, 1978a, p. 27). Isso coincide com algumas reflexões feitas por Gunnar Myrdal (citado por NAVARRO, 1978a) em seu livro “Asian Drama: An Inquiry Into The Poverty of Nations”,

“Países menos desenvolvidos” e expressões similares são imprecisos. Mas se utilizam em conexão com uma tendência a restar importância as diferenças reais entre os países ricos e os países pobres, e, por tanto, tornam-se enganosas. Todos esses termos expressam uma atitude escapista [...]. O termo “países subdesenvolvidos” não tem essa culpa, mas é demasiado estrito para expressar o significado que realmente se pretende. O desenvolvimento econômico é muito mais do que a industrialização. [...] existe uma tendência no debate e a planificação do desenvolvimento a esperar que a industrialização melhore drasticamente a situação econômica geral no Ásia meridional. Em consequência, se põe muito pouca ênfase na agricultura, no aumento dos níveis de educação e saúde, no aumento do volume da mão de obra e melhorar a eficiência laboral na econômica em seu conjunto. (MYRDAL, 1968 p. 1842)

Navarro (1978) afirma que a maioria da produção científica sobre a saúde e os serviços de saúde nos países subdesenvolvidos é rica em descrições, mas muito pobre em análise, **carecendo de uma explicação de porque esses países adoecem de subdesenvolvimento**, o qual, segundo Navarro, não parece ser uma coincidência. Navarro (1978) alerta que, caso os autores tivessem estudado o subdesenvolvimento no setor saúde, **poderiam ter descoberto que a sua causa principal radicava nas estruturas econômicas e políticas que determinam o subdesenvolvimento da própria sociedade**, da qual a saúde é parte constitutiva, mas optaram por abordar o problema sem realmente compreender –ou, possivelmente, sem ter o desejo de compreender– o contexto envolvente. Nesse sentido, Navarro assinala:

Ao evitar a análise, os autores estudaram a má distribuição dos recursos sem atender ao contexto, como se fosse possível encontrar sua explicação sem antes analisar –coisa que, é forçoso reconhecê-lo, é embaraçoso às vezes, e delicado sempre– as estruturas que determinam essa distribuição”. (NAVARRO, 1978a. p. 29)

Navarro (1978) coloca um exemplo desse tipo de análise, fazendo referência a uma conferência da “Milbank Memorial Fund”, na qual foram discutidos os resultados de uma série de publicações agrupadas sob o título de "Social Science and health planning. Culture, disease and health servisse in Colombia”:

Nos anos sessentas foi realizado um estudo metuculoso, elegante e completo da produção e distribuição de recursos humanos do setor de saúde na Colômbia [...] foi descoberto que naquele país a distribuição apresentava grandes desigualdades segundo as classes sociais e as regiões. [...] a riqueza e o rendimento per capita estavam repartidas de maneira sumamente irregular. [...] o logico teria sido estudar a possível correlação, e mesmo a causalidade, entre a desigual distribuição da riqueza, as receitas e o poder político e, por outro lado, a desigual distribuição dos recursos no setor saúde. No entanto, em uma conferência convocada com o objeto de comentar o significado e as conclusões do citado estudo, e a que assistiram prestigiosos investigadores e estudiosos, não só não se tratou de relacionar a distribuição da riqueza com os recursos humanos do setor saúde, mas nem sequer foi mencionado, e muito menos se comentou a extrema irregularidade da distribuição. Ignorando os parâmetros em que esta má distribuição ocorreu, tiraram conclusões que se revelaram empiricamente inúteis e ineficazes no que se refere à sua aplicação. (NAVARRO, 1978a. p. 29)

Assim, **complementarmente à sua crítica ao funcionalismo**, Navarro (1978) faz uma **crítica epistemológica ao predomínio do empirismo** na pesquisa no campo da saúde, especialmente nos serviços de saúde. Navarro (1978) salienta que essa abordagem tem contribuído para a formação de especialistas em áreas cada vez mais restritas de um determinado campo de conhecimento, mas incapazes de analisar e compreender a totalidade da realidade social. Nesse sentido, destaca-se que **a pesquisa no campo da saúde tende a se fragmentar em compartimentos e à formação de superespecialistas** em temas únicos ou específicos, resultando em uma crescente incapacidade de compreender a totalidade (NAVARRO, 1978).

Por outra parte, Navarro (1978) critica as principais teorias sobre o poder político na época, incluindo a teoria do pluralismo de poderes que se contrapesam e a teoria sobre o exercício do poder por parte de uma elite, e ainda algumas teorias marxistas, como as de determinismo econômico, determinismo estrutural e estatismo corporativo. No entanto, Navarro **propõe uma concepção própria do Estado nas sociedades capitalistas**:

O Estado é a configuração das instituições públicas e as suas relações cujo principal papel é a reprodução de um sistema econômico baseado na propriedade privada dos meios de produção, ou seja, na economia capitalista. [...] Um dos principais cometidos do Estado estriba em estabelecer as condições para que dito sistema econômico sobreviva e floresça. [...] Para que o Estado possa estabelecer as primeiras duas condições [a infraestrutura da produção e a defesa do sistema capitalista] deve apresentar-se, ao menos perante a maioria da população, como neutro, por cima das classes e ao serviço dos interesses comuns. O Estado recorre à força física, a terceira condição, quando a legitimação se desintegra e se põe em tela de juízo a natureza do Estado, supostamente alheia às classes. (NAVARRO, 1978, p. 241–244)

Navarro (1978) destaca que **a natureza capitalista do Estado** não se limita a ser apenas um instrumento de poder da classe capitalista, mas, sobretudo, **ao seu papel em defender, apoiar e estimular a economia capitalista**, ou seja, **a busca incessante da maior valorização do capital**, fazendo com que desta dependa todo o restante. Nesse sentido, Navarro explica o seguinte:

O que determina que um governo seja capitalista: [...] que conceda primazia não aos interesses de uns grupos capitalistas determinados, mas aos da economia capitalista concebida como um todo [...]; e que quando apareça um conflito entre as necessidades da economia e outras -como, por exemplo, dar maior satisfação às necessidades humanas-, as primeiras tenham prioridade sobre as segundas. (NAVARRO, 1978 p. 244)

Além disso, Navarro (1978) explica os **mecanismos pelos quais a classe capitalista domina o Estado**, como: 1) **a dependência do Estado** do bom desenvolvimento da economia capitalista, uma vez que a expansão estatal requer recursos provenientes do processo de acumulação de capital; 2) **as origens sociais dos altos cargos** do aparelho do Estado, dado que em uma sociedade de classe, esses cargos são ocupados por membros da classe dominante, ou seja, a classe capitalista; 3) **a ideologia do Estado**, já que o domínio da classe capitalista nos altos cargos do aparelho do Estado lhe conferem uma coesão e lógica interna alinhada com a ideologia dessa classe; e 4) **a estrutura do Estado e seu princípio de separação de poderes**, uma vez que as “democracias” são de tipo indireto e incompleto, afastando a tomada de decisões de políticas públicas da classe dominada, ou seja, da classe trabalhadora, e de seus interesses.

Assim, Navarro (1978) chega à conclusão de que a ideologia da sociedade capitalista, pautada pelo liberalismo e individualismo, assim como a forma de intervenção do Estado, estão inseridas na saúde. Isso reflete na produção e reprodução de recursos sanitários, na sua formação, investigação e provisão de serviços de saúde, e até na própria ideologia predominante na saúde, que estabelece uma relação dialética com a do capitalismo.

Posteriormente, Navarro e Shi (2001), em seu estudo “The political context of social inequalities and health”, advertem que, apesar do rápido crescimento, nos últimos anos, da literatura científica que estuda a relação entre desigualdades sociais e a saúde, nota-se uma **pouca importância ao estudo do contexto político** no qual essa relação se desenvolve, **bem como às variáveis políticas que influenciam essa relação**. Em consequência, os autores assinalam que há uma escassez de estudos que abordem os efeitos das forças políticas, como os partidos políticos ou movimentos sociais, bem como as políticas que estes aplicam quando assumem o governo, sobre as desigualdades sociais e a saúde (NAVARRO; SHI, 2001).

Nesse sentido, Navarro e Shi (2001), ao analisar as principais tradições políticas que governaram os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) durante os “anos dourados” do capitalismo (1945-1980), como os socialdemocratas, democratas-cristãos, liberais e exfascistas ou de democracia tardia, afirmam que **a tradição política foi determinante nos níveis de desigualdade social e de saúde**.

Navarro e Shi (2001) concluíram que as tradições políticas com períodos de governo mais longos influenciaram mais sobre as desigualdades sociais e de saúde; as forças políticas representaram os interesses de classe, enquanto as forças sociais apoiam mais à políticas redistributivas; os países governados por partidos socialdemocratas e com movimentos operários mais fortes foram mais favoráveis a políticas redistributivas e tiveram melhores resultados sanitários, enquanto aconteceu o contrário em países governados por partidos liberais e com classes capitalistas mais fortes; e os partidos democratas cristãos foram mais favoráveis a políticas redistributivas do que os partidos liberais, embora menos do que os socialdemocratas. Assim, Navarro e Shi salientam o seguinte:

[...] esses países [socialdemocratas] têm sido caracterizados por alta densidade sindical (percentagem da população trabalhadora inscrita em sindicatos), altos gastos com Seguridade Social (como percentagem do PIB), alta tributação (como percentagem do PIB) e alto emprego público em serviços de saúde, educação e bem-estar (como percentagem da população em idade ativa).

[...] os países socialdemocratas cobriram quase toda a população com um programa público de cuidados médicos, enquanto essa cobertura foi menor, em média, nos países democrata-cristãos e ainda menor nos países liberais. [Os países socialdemocratas] também foram caracterizados pela implementação de políticas de pleno emprego, o que explica seu baixo desemprego (o mais baixo nesses países da OCDE [...]), e políticas sociais universalistas, destinadas a cobrir toda a população.

Os países socialdemocratas têm a percentagem mais baixa do rendimento nacional proveniente do capital e a mais alta proveniente do trabalho; os benefícios derivados da propriedade de capital tendem historicamente a ser os mais baixos entre os países estudados; as disparidades salariais mais baixas dentro da força de trabalho; e o maior efeito redistributivo do Estado (NAVARRO; SHI, 2001 p. 482-484)

Por outro lado, Navarro (2003b) **critica a abordagem de engenharia social para analisar os sistemas de saúde**. Navarro (2003b) afirma que esse tipo de abordagem **desconsidera o contexto político**, ressaltando que é exatamente este que determina a natureza dos sistemas de saúde. No contexto dos EUA, Navarro (2003b) atribui ao **subdesenvolvimento do processo democrático** e ao **desequilíbrio das relações de poder de classe social** que o fato de o Estado não garantir o acesso aos serviços de saúde como um direito ligado à condição de cidadania.

Navarro (2003b) afirma que a natureza de baixa representação do sistema político eleitoral dos EUA (expressada mediante a distribuição desigual dos assentos para os estados nas eleições parlamentares [no Senado] e o sistema de votação majoritária nas eleições presidenciais) e a privatização do financiamento dos partidos políticos e candidatos, levam à exclusão amplos sectores da população estado-unidense, resultando em uma baixa representação dos seus interesses nos poderes legislativo e executivo, favorecendo desproporcionalmente grupos de interesse com maior influência e poder. Mesmo assim, Navarro (2003b) salienta que as relações de poder de classe, além da raça e o género, no qual os grupos de interesse operam e exercem uma influência significativa na formulação das políticas públicas, incluindo na saúde. Nesse sentido, Navarro assinala o seguinte:

Por causa das limitações claras da visão complacente e acrítica da democracia dos EUA que afirma que a falta de um programa nacional de saúde é baseada na opinião e escolha popular, outra escola de pensamento surgiu que enraíza a ausência de um programa nacional de saúde nos diferentes níveis de influência de vários grupos de interesse e poder sobre os poderes executivo e legislativo do governo dos EUA. Esses tipos de análises produziram informações muito valiosas, especialmente os relatos jornalísticos de quem paga por quem no processo político (o que podemos chamar de “hanky-panky” das políticas).

Há muitos livros e artigos sobre esse tipo de análise de "grupo de poder". Entre os clássicos está aquele de Marmor; dentro da tradição radical, o mais conhecido é de Ehrenreich e Ehrenreich. O que esses analistas perdem, no entanto, são os elementos estruturais que configuram o contexto político em que essas várias influências ocorrem. (NAVARRO, 2003b)

Navarro (2003b) destaca que **o enorme desequilíbrio de poder a favor da classe capitalista** nos EUA, ao ter uma **influência dominante nos poderes legislativo e**

executivo, nos meios de comunicação e na academia, em detrimento da classe trabalhadora, não apenas determinou a ausência de um sistema nacional de saúde, mas também resultou em baixo gasto público em saúde, na existência de uma significativa parcela da população sem acesso aos serviços de saúde e em resultados sanitários desfavoráveis. Pelo contrário, os países onde a classe trabalhadora era mais forte, como os países de tradição social-democrata (Suécia, Noruega, Dinamarca e Finlândia), além de ter sistemas nacionais de saúde, tinham maior gasto público em saúde, acesso universal aos serviços de saúde e melhores resultados sanitários (NAVARRO, 2003b).

Assim, Navarro (2003a) atribui ao poder sobre o sistema político eleitoral da classe capitalista, incluindo os grupos de interesse com maior influência e poder, o que acontece no setor da saúde dos EUA. Esse poder se manifesta no fato de os Estados Unidos serem o único país capitalista desenvolvido que não possui um programa nacional de saúde universal financiado pelo Estado ou pela Seguridade Social, e onde a maioria da população tem acesso a um seguro de saúde por meio de seus empregadores. Apesar de o gasto em saúde nos EUA ser maior ao de qualquer outro país capitalista desenvolvido, uma grande parte da população não tem nenhum seguro de saúde, e os que tem um seguro de saúde, tem uma baixa cobertura de saúde, inclusive nos programas federais, como o Medicare (NAVARRO, 2003a).

Navarro (2003a) explica que esta situação teve origem na Lei Taft-Hartley, de 1947, que determinou que os benefícios do seguro de saúde fossem obtidos através de negociações coletivas –desiguais– entre trabalhadores e empregadores, o que gerou diferentes níveis de cobertura de saúde, baixas e iniquitativas dentro do mesmo país, sendo inferiores às de outros trabalhadores de outros países capitalistas desenvolvidos. Outro aspecto extremamente importante foi que esses benefícios dependiam da continuidade do vínculo de trabalho, portanto, se os trabalhadores fossem demitidos de seu emprego, também perdiam o seguro de saúde para eles e suas famílias (NAVARRO, 2003a).

Assim, Navarro (2003a) sintetiza essa **enorme diferença de poder de classe, que precariza o acesso à saúde para a classe trabalhadora** e que, além disso, não lhe permite agir como classe, da seguinte forma:

É por isso que os trabalhadores pensam duas vezes antes de criar problemas, já que ser demitido tem um custo humano mais alto nos Estados Unidos do que em qualquer outro país. E esta era precisamente a intenção da Lei Taft-Hartley: disciplinar o trabalho. Os empregadores conheciam o valor dos benefícios à saúde relacionados ao trabalho como um instrumento para disciplinar o trabalho. A Lei Taft-Hartley também proíbe a classe

trabalhadora dos Estados Unidos de agir como uma classe. Proíbe greves de simpatia, e é por isso que os siderúrgicos não podem fazer greve em apoio, por exemplo, aos mineiros de carvão. Essa incapacidade de sair em greve de simpatia enfraquece dramaticamente o trabalho. Mais uma vez, nenhum outro país tem este tipo de legislação. Nem mesmo o primeiro-ministro Thatcher foi capaz de colocar tal lei, como ela pretendia, através do Parlamento britânico.

No contexto da pandemia da COVID-19, Navarro (2020) explica que **a crise sanitária** e os seus efeitos econômicos e sociais **tiveram sua origem com o início da implementação de políticas neoliberais**, na década de 1980. Essas políticas foram iniciadas nos EUA e no Reino Unido, estendendo-se posteriormente para outros países desenvolvidos e, em seguida, para os países subdesenvolvidos, mas mantendo a sua relação de dependência entre eles. Dessa forma, foram implementadas **políticas de austeridade fiscal** e de **privatização dos serviços de saúde, enfraquecendo os sistemas de saúde e reduzindo sua capacidade de resposta** diante das necessidades de saúde da população, além das emergências sanitárias, como desastres, epidemias, pandemias, etc. Essas políticas foram continuadas nas décadas seguintes por diversos governos, sejam eles conservadores, liberais ou socialdemocratas (NAVARRO, 2020).

Nesse sentido, Navarro (2020) toma como exemplo o desempenho das empresas farmacêuticas durante a pandemia da COVID-19, as quais priorizaram o seu interesse em aumentar seus lucros acima de qualquer outro objetivo relacionado à saúde. Assim, (2020) afirma que a comercialização da medicina e **a priorização dos interesses privados sobre o público** impactaram negativamente a qualidade de vida e a saúde de grande parcela da população, os quais foram intensificadas na etapa neoliberal do capitalismo. A maioria dos governos, independentemente da tradição política, seguiram uma **orientação neoliberal** e continuaram com a aplicação de **políticas de comercialização e privatização dos serviços públicos**, com o apoio de diversos organismos internacionais que atuaram como difusores da ideologia neoliberal, contribuindo assim a criar as condições para um maior impacto da pandemia da COVID-19 (NAVARRO, 2020).

Nesse sentido, Navarro (2020) salienta que, por exemplo, o comportamento das grandes **empresas farmacêuticas** contribuiu significativamente para a propagação da COVID-19, uma vez que estas **privilegiaram a maximização dos seus lucros** sobre a prevenção ou a cura da COVID-19, o que aconteceu da mesma forma em outras áreas da saúde. Navarro (2020) assinala que as **políticas de desregulamentação da globalização do capital e do trabalho**, bem como as **políticas de austeridade fiscal** no gasto social,

incluindo o **subfinanciamento da saúde**, contribuíram significativamente à expansão não só da atual pandemia, mas também anteriores epidemias do Ebola, o Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) e o Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS).

1.2.3.3. Determinantes econômicos e políticos do direito à saúde

Navarro (1983) faz um análise dos determinantes econômicos e políticos dos direitos humanos, baseando-se no cumprimento desses direitos nos EUA. No entanto, Navarro (1983) reconhece que os direitos humanos foram utilizados pelos EUA, bem como por outros países capitalistas centrais, como uma estratégia para impor ao mundo uma suposta superioridade moral do capitalismo (em contraposição ao comunismo).

Durante a década de 1970, os EUA atravessavam uma profunda crise em seu sistema político, além da crise econômica e social, expressada, por exemplo, no caso Watergate de 1972, o qual provocou a renúncia do presidente Richard Nixon em 1974, o baixo porcentagem de participação cidadania nas eleições presidenciais de 1976, as quais foram ganhas pelo democrata Jimmy Carter com um discurso “antiestablishment”, e a crescente opinião pública desfavorável ao governo naquele tempo. Nesse contexto, **os EUA buscaram uma nova liderança e moralidade** que os reafirmassem no plano nacional e internacional. Esse esforço se intensificou especialmente durante a luta ideológica sobre o tipo de 'sistema econômico' a ser imposto globalmente, **um objetivo que procuraram alcançar por meio dos direitos humanos.**

Nesse sentido, Navarro (1983) faz uma forte crítica à **seletividade da defesa dos direitos humanos restrita à sua dimensão civil e política**, ou seja, aos direitos cívicos e políticos (NACIONES UNIDAS, 1966), sobretudo **na defesa do direito à vida e à liberdade** como norma de moralidade, **negligenciando ou relegando a defesa dos direitos sociais e econômicos** (NACIONES UNIDAS, 1966), como o direito ao trabalho, a saúde, a educação, a Seguridade Social, etc. No entanto, Navarro (1983) afirma que, ao contrário da suposta preocupação pelos direitos civis e políticos, esses direitos não apenas estão altamente restringidos, mas também são interdependentes com os direitos sociais e econômicos. Mesmo assim, Navarro (1983) afirma que tanto os direitos civis e políticos quanto os sociais e econômicos não são universais, mas que dependem do padrão de relações de poder político e econômico de cada sociedade. Navarro (1983) argumenta que **o atual padrão de relações de poder nas sociedades capitalistas é incompatível com a plena realização dos direitos humanos em todas as suas dimensões.**

Em relação aos direitos cívicos no capitalismo, o direito à vida, segundo Raphael (citado por NAVARRO, 1983), não só supõe o direito à vida per se, mas também o direito à proteção contra os danos, as doenças, as lesões e a morte. No entanto, no capitalismo, **o direito à vida entra em conflito com o direito à propriedade privada**, que outorga ao capital o “direito” a controlar o processo de produção, cujo fim não é o bem-estar dos trabalhadores, mas uma maior acumulação de capital (NAVARRO, 1983).

Devido à enorme influência que a classe capitalista exerce sobre o aparelho do Estado, **o direito à vida e à proteção contra os danos tornam-se dependentes e estão subordinados ao “direito” de acumulação de capital**. Navarro (1983) assinala, como exemplo dessa desproteção, a fraca e insuficiente legislação de proteção aos trabalhadores, que contrasta com aquela voltada à proteção da propriedade privada, resulta em uma grande quantidade de doenças, lesões e mortes evitáveis decorrentes do trabalho, conforme evidenciado pelos estudos sobre doenças ocupacionais de Discher, Gordon, Ackman e Brooks, Shoub, e Miller na década de 1970, configurando uma enorme violação aos direitos humanos.

[...] muitos empregadores –os donos e administradores das minas de carbono, por exemplo– sabem que a ausência de seguridade nas minas muito provavelmente ocasionará morte e danos. [...] ainda que os empregadores ou a classe dos empregadores não inflijam pessoalmente dano ou morte aos outros, ou ainda sua intenção não seja a de matar ou ocasionar danos, isto não desculpa suas ações para que sejam consideradas como não violentas. Estas ações são certamente violentas, se como resultado delas é provável que a morte e o dano são e estão sendo infligidos em seus empregados ou trabalhadores. Por conseguinte, é correto definir como violentas a esse conjunto de relações de classe que colocam a propriedade e ao direito de acumular propriedade por acima do direito à vida e o direito a não sofrer danos, sem importar quão impessoais, indiretas e involuntárias possam ser essas relações. É igualmente correto definir a essas instituições econômicas e políticas que sustentam e reproduzem esse conjunto de relações de poder que violam o direito à vida e o direito a não sofrer danos como instituições violentas. (NAVARRO, 1983, p. 87-88)

Em relação aos direitos políticos no capitalismo, o prejuízo destes ocorre devido à enorme influência da classe capitalista, composta pelos donos da propriedade e os administradores dela, sobre o aparelho do Estado e as instituições políticas. Essa influência explica a **exclusão da competência política de ideologias e partidos políticos** que questionam o status quo das relações de poder e a propriedade privada dos meios de produção no capitalismo, mesmo com diversas **formas de proibições e repressão violenta** (NAVARRO, 1983).

No entanto, mais importante do que estas últimas são as **formas de repressão cultural e ideológica**, que explicam a exclusão da apresentação de alternativas políticas heterodoxas à população, principalmente através de uma competência ideológica extremadamente desigual e injusta que acaba dando uma vantagem esmagadora de uma sobre outra. Essa hegemonia ideológica se dá através do **controle dos sistemas geradores de valores**, ou seja, os meios massivos de comunicação, cujo domínio é privado e controlado pela classe capitalista, bem como as escolas e as universidades, cuja função principal é a **reprodução da ideologia neoliberal funcional ao capitalismo** (NAVARRO, 1983).

Em relação aos direitos sociais e econômico no capitalismo, **o viés de classe na interpretação e extensão desses direitos se aprofunda**. Apesar da importância atribuída aos direitos sociais e econômicos na Declaração Universal dos Direitos Humanos, **existe um maior prejuízo sobre esses direitos**. Isso abrange o direito ao trabalho, com um salário justo, o direito à seguridade social, incluindo a aposentadoria e pensões, o direito à educação, o direito à saúde, etc. (NAVARRO, 1983).

Navarro (1983) utiliza como exemplo a situação dos EUA na década de 1970, marcada pela mais alta taxa de desemprego entre os países capitalistas desenvolvidos (8.5%), uma considerável parcela de trabalhadores que não recebiam um salário adequado para manter um nível de vida decente (7.5%), e um terço da força de trabalho subempregada, desempregada ou subpaga. Assim, Navarro (1983) conclui, por tanto, que o direito ao trabalho e um salário justo estavam sendo violentados.

Mesmo assim, Navarro (1983) destaca que os EUA não haviam reconhecido a saúde como um direito fundamental. No que diz respeito à educação, que também não era reconhecida como um direito fundamental, uma quarta parte da população não tinha concluído o ensino médio. Enquanto isso, a seguridade social era a mais fraca entre os países capitalistas desenvolvidos. Tudo isso refletia o domínio político esmagador da classe capitalista e a fraqueza política da classe trabalhadora.

Desta forma, Navarro (1983) reafirma **a falácia da suposta independência dos direitos cívicos e políticos em relação aos direitos sociais e econômicos**, assim como a suposta dicotomia e conflito entre eles. O sentido de sua crítica vai ficar muito clara quando Navarro afirma o seguinte: *“Em verdade, plantear o debate em termos de uma eleição entre a liberdade e a seguridade é virar a questão da liberdade para quem e para quê”* (NAVARRO, 1983). Certamente, segundo Navarro (1983) essas suposições estão equivocadas, como foi amplamente sustentado nos parágrafos anteriores.

O pleno exercício dos direitos cívicos e políticos não pode ser atingidos quando o exercício dos direitos sociais e econômicos é negado. Por exemplo, os direitos cívicos à vida e a não sofrer danos são negados quando são negados os direitos sociais, como o direito ao trabalho, com um salário justo, o que acontece quando os direitos humanos estão submetidos ao capitalismo (NAVARRO, 1983).

1.2.3.4. Influência das agências internacionais nas decisões de política de saúde

Navarro (2011) posiciona-se de forma crítica em relação à abordagem conceitual e metodológica restrita da OMS sobre a eficácia, a capacidade de resposta e a equidade nos sistemas de saúde, como expresso em seu “Relatório sobre a Saúde no Mundo 2000: Melhorar o Desempenho dos Sistemas de Saúde” (2000). Navarro (2011) destaca a **concepção equivocada que a OMS tem sobre a assistência médica**, considerando-a como a principal responsável pela redução da mobilidade e mortalidade da população. Nesse sentido, Navarro adverte que há uma **medicalização no conceito de saúde** assumida pela OMS:

Essa suposição é evidente em afirmações como “[se] a Suécia desfruta de uma saúde melhor do que Uganda — a expectativa de vida é quase exatamente o dobro do tempo — é em grande parte porque gasta exatamente 35 vezes mais em seus sistemas de saúde”. Não surpreende que o relatório conclua que o que é necessário para erradicar doenças em países menos desenvolvidos é um maior investimento em cuidados de saúde: “com o investimento em cuidados de saúde de US\$ 12 por pessoa, um terço da carga da doença no mundo em 1990 teria sido evitada”. Tais afirmações revelam uma medicalização do conceito de saúde que é preocupante e surpreendente, vindo da maior agência internacional de saúde das Nações Unidas. (NAVARRO, 2011, p. 31)

Navarro (2011) afirma, em uma compreensão mais abrangente do conceito de saúde, a maior importância das intervenções políticas, econômicas e sociais na melhoria do estado de saúde e a qualidade de vida da população, as quais também condicionam a maior eficácia das intervenções sanitárias. Nesse sentido, Navarro assinala o seguinte:

Por exemplo, a experiência bem sucedida dos “médicos descalços” na República Popular da China na década de 1960 não podia ser reproduzida, por exemplo, no Irão, porque o Irão tem um contexto político muito diferente. Como demonstraram Navarro e Shi, as forças políticas que estão comprometidas com a redistribuição dos recursos (não só os recursos sanitários) numa sociedade têm mais êxito em melhorar a saúde das suas populações do que as forças políticas menos comprometidas com essa redistribuição. (NAVARRO, 2011, p. 31)

Outro aspecto que Navarro (2011) critica desse relatório é o viés na escolha dos informantes-chaves e os critérios que estes utilizaram para classificar os sistemas de saúde segundo a sua capacidade de resposta na assistência médica. Esse viés consistiu em destacar a **competência administrada e a privatização na gestão e a prestação de serviços de saúde** como a melhor forma de obter uma maior eficiência e capacidade de resposta na assistência médica. Desta forma, por exemplo, o sistema de saúde dos EUA foi colocado como o de melhor capacidade de resposta do mundo, apesar de a população dos EUA ser a menos satisfeita entre os países da Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) com a organização e o financiamento de seu sistema de saúde. Da mesma forma, o sistema de saúde de Colômbia, que havia adotado um modelo de competição administrada, como o de melhor capacidade de resposta da América Latina. Nesse sentido, Navarro assinala o seguinte:

A história das agências internacionais, incluindo a OMS, está repleta de exemplos de como eles reproduziram a sabedoria convencional dos principais países desenvolvidos em outros contextos, prejudicando outros países ao introduzir políticas que são estranhas aos seus interesses [...].

É importante perceber que a OMS não é uma instituição científica, mas sim uma agência das Nações Unidas e, como tal, está sujeita à influência dos governos dos países do G-7, particularmente aqueles, como os Estados Unidos, que financiam grandes proporções do orçamento da OMS. Assim, não é incomum que a agência atue como transmissora da sabedoria convencional predominante nos países desenvolvidos.

É claro que a OMS tem feito um trabalho muito bom em muitas áreas. Mas há uma necessidade urgente de analisar, mais criticamente do que ainda foi feito, seu trabalho e modus operandi. Em um momento em que a Organização Mundial do Comércio, o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional e outras agências internacionais estão sob crescente escrutínio, deveríamos estar direcionando um olhar igualmente crítico para outras agências, incluindo a OMS. (NAVARRO, 2011, p. 34)

Nesse cenário, Navarro (2011) afirma que muitas agências internacionais das Nações Unidas atuam como **organizações políticas que reproduzem a “sabedoria econômica convencional” que favorece principalmente aos interesses dos países desenvolvidos e grupos de poder**. Essas agências podem introduzir ideias e influenciar políticas públicas que podem não estar alinhadas com os interesses ou necessidades específicas de outros países, prejudicando assim esses países. Navarro exemplifica isso com os estudos de Debabar Banerji, que analisaram como a OMS, o Fundo das Nações Unidas para a Infância e o Banco Mundial influenciaram as políticas adotadas na Índia e em outros países asiáticos, resultando na implementação de diversas “iniciativas de saúde global”,

pré-delineadas pelos países desenvolvidos, com abordagens contrárias ao proposto na Declaração de Alma Ata. Nesse sentido, Navarro assinala o seguinte:

É importante compreender que a OMS não é uma instituição científica, mas sim uma agência das Nações Unidas e, como tal, está sujeita à influência dos governos dos países do G7, em particular dos seus, como os Estados Unidos, que financiam grandes proporções do orçamento da OMS. Portanto, não é raro que a agência atue como transmissora da sabedoria convencional que prevalece nos países desenvolvidos. (NAVARRO, 2011, p. 34)

No contexto da pandemia, Navarro (2020) destaca a relação entre os resultados sanitários insatisfatórios nos EUA e na Europa e a implementação de políticas neoliberais. Essas políticas, iniciadas na década de 1980 e continuadas pelos diversos governos desses países, incluem a desregulação do capital e do trabalho, políticas de austeridade fiscal, principalmente nos gastos públicos sociais, e a comercialização e privatização dos serviços públicos. De acordo com Navarro (2020), essas políticas foram apoiadas e promovidas por diversas agências internacionais, incluindo a OMS, o Fundo Monetário Internacional, o Banco Mundial, o Banco Central Europeu, o Parlamento Europeu, a Comissão Europeia, entre outros, consolidando o neoliberalismo como a ideologia predominante.

1.3. SISTEMAS DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA

Nesta seção, realiza-se uma análise geral dos sistemas de saúde na América Latina, especialmente em relação à política de financiamento da saúde adotado por esses países. Nesse sentido, se revisa com detalhe os sistemas de saúde de alguns países de América Latina, como Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, México e Peru.

Tradicionalmente, a OMS (2000) define os sistemas de saúde como *"todas as organizações, instituições e recursos dedicados à produção de atividades de saúde. [...] no domínio da saúde pessoal, dos serviços de saúde pública ou de iniciativas intersectoriais cujo principal objetivo seja melhorar a saúde"* (p. xiii). Na mesma linha, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) assinala que:

[Os sistemas de saúde] incluem os cuidados às pessoas e ao ambiente destinados a promover, proteger ou recuperar a saúde ou a reduzir ou compensar uma incapacidade irrecuperável, incluindo o fornecimento de meios, recursos e condições para tal; inclui igualmente as ações realizadas sobre os determinantes gerais da saúde e destinadas a melhorar a saúde ou a facilitar a sua atenção, independentemente da natureza dos agentes públicos, estatais, não estatais e privados que a exercem.

(ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2002, p. 37)

Essas definições, propostas pela OMS e a OPAS, destacam apenas as questões institucionais dos sistemas de saúde, desconsiderando o sentido histórico e social da construção e evolução dos sistemas de saúde.

Pelo contrário, uma definição heterodoxa indica que "[O sistema de saúde] é o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais [...] que se concretizam em organizações, regras e serviços que buscam alcançar resultados de acordo com a concepção de saúde prevalecente em uma sociedade." (LOBATO; GIOVANELLA, 2012, p. 89). Mesmo assim, Giovanella e Lobato (2012) destacam o caráter histórico e temporário dos sistemas de saúde que surgem "*como resposta concreta que uma nação ou coletividade constrói para satisfazer as necessidades e demandas de saúde de sua população. [...] diretamente relacionada com a concepção de saúde que prevaleça nessa sociedade.*" (p. 21).

Na mesma linha, Gomes-Temporão e Faria (2014) propõem uma compreensão mais ampla dos sistemas de saúde, como construções históricas, baseadas na concepção de saúde predominante na sociedade, bem como estruturas dinâmicas e complexas que estão sujeitas as transformações conjunturais e estruturais que acontecem na sociedade.

Os sistemas de saúde podem ser associados a certos modelos de proteção social: assistência social, seguro social e seguridade social (universal). Esses modelos correspondem a formas de intervenção estatal determinadas principalmente na condução, regulação, financiamento e provisão de serviços sociais, incluindo a saúde.

Nos sistemas de saúde baseados no modelo de seguridade social, conhecidos como sistemas universais ou nacionais de saúde, o Estado garante o acesso universal aos serviços de saúde à população por sua condição de cidadania, e seu financiamento está baseado em impostos, em que o Estado presta diretamente serviços de saúde, na sua totalidade ou em grande parte propriedade do Estado, além disso, detém uma parte suplementar de serviços privados regulados pelo Estado.

Nos sistemas de saúde baseados no modelo de seguro social, o Estado garante o acesso aos serviços de saúde à população por sua relação com o emprego formal (que pode ser diferenciado segundo sua categoria laboral), e seu financiamento é baseado nas contribuições dos trabalhadores e empregadores (algumas vezes complementados com contribuições do Estado).

Nos sistemas de saúde baseados no modelo de assistência social, o Estado garante o acesso focalizado aos serviços de saúde à população pela sua condição de vulnerabilidade, enquanto o resto tem que comprar serviços de saúde privados, segundo a sua capacidade aquisitiva, ou ficando sem acesso a eles.

Estes modelos de proteção social correspondem principalmente a formas de financiamento, os quais permitem o acesso aos serviços de saúde em maior ou menor medida, a fim de garantir o direito à saúde. Assim, dependendo do modelo de proteção seguido pelos sistemas de saúde, o acesso aos serviços de saúde para a população pode ser um direito dado pela sua condição de cidadania, um direito adquirido pela sua ligação a um emprego formal, pela sua capacidade de pagamento ou pela caridade do Estado.

O financiamento é um dos componentes estratégicos dos sistemas de saúde, relacionado com os recursos financeiros disponíveis para a atenção à saúde. Este depende dos pactos sociais de longo prazo que toma as sociedades (GIOVANELLA et al., 2012).

Segundo a OMS (2010) e OPAS (2020), o financiamento da saúde é uma função dos sistemas de saúde que tem alcance sobre a arrecadação, agregação e alocação de recursos financeiros para a saúde, bem como o planeamento orçamental estratégico para a saúde, para satisfazer as necessidades de saúde da população, incluindo o acesso aos serviços de saúde, para garantir o direito à saúde. No entanto, neste estudo, quando abordamos o financiamento da saúde nos referiremos somente à arrecadação e agregação de recursos, como expressões particulares desta função, diferenciada de alocação de recursos e de planeamento orçamental estratégico.

A arrecadação refere-se à adoção de mecanismos para coletar recursos financeiros através de diversas fontes de financiamento, como impostos, contribuições obrigatórias, contribuições voluntárias, fontes externas e pagamentos diretos ao momento de usar os serviços de saúde. A agregação refere-se à adopção de mecanismos de solidariedade (mancomunação) para a recolha e gestão de recursos financeiros. A alocação refere-se à adoção de mecanismos de transferência e distribuição de recursos financeiros aos serviços de saúde. O planeamento orçamentário estratégico refere-se ao processo de priorização, sustentabilidade do investimento público, direcionamento e controle de recursos financeiros na busca de objetivos de saúde (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2010; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2020).

O financiamento dos sistemas de saúde pode ser público ou privado ou uma combinação de ambos. O financiamento público provém dos impostos obrigatórios pagos por toda a sociedade, que inclui os impostos diretos e indiretos e as contribuições para a

Seguridade Social (contribuições dos trabalhadores, empregadores ou do Estado). Estas receitas públicas são cobradas e geridas pelo Estado, através do Governo Nacional ou com a participação dos governos subnacionais, podendo exercer diversas formas de partilha dessas receitas. O financiamento privado provém dos pagamentos voluntários realizados pelas pessoas, famílias ou empresas, através da compra de seguros de saúde ou pagamentos diretos no momento de usar os serviços de saúde (gastos de bolso em saúde) (GIOVANELLA et al., 2012).

Para a abordagem dos sistemas de saúde na América Latina e seus esquemas de financiamento, optou-se por tratar apenas 7 países: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, México e Peru, por entendermos serem os maiores sistemas em termos de cobertura da população. Na Tabela 1, apresentamos uma síntese das principais características desses sistemas de saúde e o contexto no qual estão inseridos.

Tabela 1. Características dos sistemas de saúde em alguns países de América Latina

Países	Forma de Estado e governo	Direito à saúde na Constituição Política	Organização do sistema de saúde	Financiamento do sistema de saúde
Argentina	República federal. Governo democrático e presidencialista.	Reconhecida indiretamente através dos tratados internacionais. O seguro social é focalizado.	Sistema segmentado e fragmentado, com coexistência de subsistemas público, de Obras Sociais e privado (seguradoras e prestadores privados). Sistema descentralizado e municipalizado, incluindo a provisão de serviços de saúde.	Financiamento através de recursos do orçamento público e das contribuições sociais obrigatórias de empregadores e trabalhadores; e contribuições voluntárias e pagamentos diretos (setor privado).
Bolívia	República unitária e descentralizada. Governo democrático e presidencialista.	Reconhecida como um direito fundamental. O Estado é garante desse direito, incluindo a sua responsabilidade financeira. O seguro social é focalizado.	Sistema segmentado e fragmentado, com coexistência de subsistemas público, de caixas de seguro, privado (seguradoras e prestadores privados) e medicina tradicional. Sistema descentralizado e municipalizado, incluindo a provisão de serviços de saúde.	Financiamento através de recursos do orçamento público provenientes do Tesouro Geral da Nação e da Coparticipação Tributária Municipal, contribuições sociais obrigatórias dos empregadores; e contribuições voluntárias e pagamentos diretos (setor privado).
Brasil	República federal. Governo democrático e presidencialista.	Reconhecida como um direito social. O Estado é garante desse direito. A seguridade social em saúde é universal.	Sistema Único de Saúde (SUS), com serviços públicos e organizações sociais de saúde (sem fins de lucro). Coexiste com o Sistema de Saúde Suplementar, com operadoras de saúde (com fins de lucro). Sistema descentralizado e municipalizado, incluindo a provisão de serviços de saúde.	Financiamento através de recursos do orçamento da Seguridade Social provenientes das contribuições sociais obrigatórias dos empregadores e trabalhadores e outras específicas, e do orçamento das três esferas de governo; e contribuições voluntárias e pagamentos diretos (setor privado).
Chile	República unitária e descentralizada. Governo	Reconhecida como um direito social (proteção de saúde). O Estado é garante do livre acesso	Sistema bipartido, com coexistência do Fundo Nacional de Saúde (FONASA [seguradora pública]) e Instituições de Saúde	Financiamento através de recursos das contribuições sociais obrigatórias dos afiliados a FONASA e das contribuições do Governo Nacional e

	democrático e presidencialista.	e aos serviços de saúde e da livre escolha dos provedores de saúde. A seguridade social em saúde é universal.	Previsional (ISAPRE [seguradoras privadas]). Sistema descentralizado e municipalizado, incluindo a provisão de serviços de saúde.	os governos subnacionais, mancomunados em FONASA, e das contribuições sociais obrigatórias dos afiliados as ISAPRE; e pagamentos diretos (setor privado).
Colômbia	República unitária e descentralizada. Governo democrático e presidencialista.	Reconhecida como um direito social. O Estado é garante do livre acesso aos serviços de saúde. A seguridade social em saúde é universal.	Sistema segmentado e fragmentado, com coexistência de múltiplas Entidades Prestadoras de Saúde (EPS [seguradoras públicas, privadas e especiais]). Sistema descentralizado e municipalizado, incluindo a provisão de serviços de saúde.	Financiamento através de recursos das contribuições sociais obrigatórias dos afiliados as EPS e dos aportes do Estado (excluindo o regime especial), mancomunados na Administradora dos Recursos do Sistema (ARES); e contribuições voluntárias e pagamentos diretos (setor privado).
México	República Federal. Governo Democrático e Presidencial.	Reconhecida como um direito social (proteção de saúde). A lei define a responsabilidade do Estado no acesso à saúde. O seguro social é focalizado.	Sistema segmentado e fragmentado, com coexistência de subsistemas público, através do Instituto de Saúde para o Bem-Estar (INSABI), de institutos de seguro social e privado (seguradoras e prestadores privados). Sistema descentralizado a nível estadual, incluindo a provisão de serviços de saúde.	Financiado por recursos do orçamento público, das contribuições obrigatórias dos empregadores e trabalhadores e dos aportes do Governo Federal e dos Governos Estaduais; e contribuições voluntárias e pagamentos diretos (setor privado).
Peru	República unitária e descentralizada. Governo democrático e presidencialista.	Reconhecida indiretamente através dos tratados internacionais. O Estado garante o livre acesso às prestações de saúde. O seguro social é focalizado.	Sistema segmentado e fragmentado, com coexistência de subsistemas público, seguro social e privado, baseada em esquemas de seguros, com multiplex seguradoras públicas e privadas; além de prestadores privados. Sistema descentralizado a nível regional, incluindo a provisão de serviços de saúde.	Financiado por recursos do orçamento público do Tesouro Público, das contribuições sociais obrigatórias dos empregadores e dos aportes do Estado para o subsistema policial e das forças armadas; e contribuições voluntárias e pagamentos diretos (setor privado).

Fonte: elaboração própria.

Na Tabela 2, apresenta-se a evolução do gasto em saúde nos países de América Latina, fazendo uma comparação entre os anos 2000 e 2019 (pré-pandemia da COVID-19). Se observa que na região, em 2019, o gasto público e o gasto privado, como porcentagem do PIB, foram similares (4 e 3,9 %, respectivamente), enquanto o gasto de bolso em saúde, como porcentagem do gasto total em saúde, chegou a 28,4 %. Essa situação deu-se a pesar de um incremento relativo do gasto público em saúde e uma redução do gasto de bolso em saúde entre o 2000 e 2019. Assim, em 2019, tanto o gasto público em saúde como o gasto de bolso em saúde não cumpriram o recomendado pela OMS (acima de 6% do PIB e abaixo de 20 % do gasto total em saúde, respectivamente).

Tabela 2. Gastos em saúde em países de América Latina, nos anos 2000 e 2019

País	Gasto em saúde per capita PPP (\$ correntes)		Gasto total em saúde (% PIB)		Gasto público (% PIB)		Gasto privado (% PIB)		Gasto de bolso (% gasto total em saúde)	
	2000	2019	2000	2019	2000	2019	2000	2019	2000	2019
América Latina e o Caribe	589,9	1284,9	6,5	8,0	3,1	4,0	3,5	3,9	38,4	28,4
Argentina	1067,8	2198,9	8,2	9,5	4,5	5,9	3,7	3,6	29,1	27,7
Bolívia	151,1	630,8	4,4	6,9	2,4	4,9	2,0	2,0	33,5	23,9
Brasil	755,2	1497,8	8,3	9,6	3,5	3,9	4,9	5,7	36,6	24,9
Chile	672,1	2424,1	7,0	9,3	2,5	4,8	4,5	4,6	42,8	32,8
Colômbia	373,7	1204,3	5,6	7,7	4,2	5,5	1,4	2,2	13,7	14,9
Costa Rica	516,7	1636,2	6,6	7,3	4,3	5,3	2,3	2,0	31,6	22,3
Cuba	547,9	2599,5	6,6	11,3	5,5	10,1	1,1	1,2	16,2	10,6
Republica Dominicana	324,2	1140,0	4,9	5,9	1,7	2,7	3,2	3,3	55,3	42,9
Equador	194,5	934,5	3,3	7,8	1,0	4,8	2,4	3,0	63,6	30,9
El Salvador	396,9	656,7	8,9	7,2	3,9	4,5	5,0	2,6	51,7	28,4
Guatemala	274,0	529,1	5,4	6,2	1,9	2,4	3,5	3,8	59,0	56,0
Haiti	83,0	143,5	4,0	4,7	0,9	0,5	3,1	4,2	44,4	43,3
Honduras	162,4	435,7	6,3	7,3	3,0	2,9	3,2	4,4	45,9	52,6
México	493,4	1110,9	4,4	5,4	2,0	2,7	2,4	2,8	52,2	42,1
Nicarágua	145,8	474,5	5,2	8,4	2,6	5,1	2,7	3,3	43,9	34,4
Panamá	587,8	2490,9	6,9	7,6	4,7	5,0	2,2	2,6	27,4	27,6
Paraguai	400,5	950,1	6,0	7,2	2,3	3,3	3,7	3,9	49,1	41,6
Peru	216,8	711,6	4,4	5,2	2,3	3,3	2,1	1,9	40,3	28,1
Uruguai	1026,1	2309,8	9,2	9,3	3,8	6,2	5,4	3,1	25,2	15,5
Venezuela	862,5	384,5	7,3	5,4	3,4	2,5	4,0	2,9	41,3	18,5

Fonte: Health nutrition and population statistics – DataBank, Banco Mundial. PPP: Paridade de poder de compra. PIB: Produto interno bruto.

1.3.1. Sistema de saúde na Argentina

Argentina tem um governo representativo republicano federal. O Governo Federal intervém no território das províncias para garantir a forma de república de governo. As províncias conservam todo o poder no delegado pela Constituição al Governo Federal (ARGENTINA, 1995).

O direito à saúde não aparece em forma direta na Constituição, mas através do reconhecimento dos tratados internacionais, ao estabelecer, em seu artigo 75 (incluído na reforma constitucional de 1994), a hierarquia superior às leis dos tratados internacionais, incorporando assim em seu ordenamento jurídico as normas do direito internacional que reconhecem o direito fundamental a saúde, como a Declaração Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, entre outras. Em forma inespecífica, a Constituição, em seu artigo 42 (capítulo segundo, sobre novos direitos e garantias), assinala que *“Os consumidores e usuários de bens e serviços têm direito, na relação de consumo, à proteção da sua saúde, seguridade e interesses económicos, a uma informação adequada e verdadeira, à liberdade de escolha e a condições de tratamento equitativo e digno.”* (ARGENTINA, 1995).

O sistema de saúde segue a estrutura e organização federal, onde a saúde não é uma matéria delegada por parte das províncias ao Governo Federal, de modo que há uma profunda descentralização na administração e provisão dos serviços de saúde. O sistema de saúde é segmentado e fragmentado, com uma coexistência entre os subsistemas público, Seguridade Social e medicina pré-paga (privado).

O subsistema público administra e presta serviços de saúde através das 24 instituições descentralizadas do Ministério de Saúde da Nação (ministérios de saúde das províncias), os quais tem suas próprias redes de hospitais e centros de saúde públicos. O seu financiamento é através do orçamento público, cujos recursos provêm principalmente da arrecadação de impostos a nível nacional, bem como a nível provincial e municipal. Seus beneficiários são principalmente aqueles que não tem um seguro de saúde.

O subsistema da Seguridade Social está conformado por múltiplos asseguradoras, denominadas como “Obras Sociais”, as quais compram serviços do subsistema público e privado. A maioria delas são Obras Sociais Sindicais, mas também se incluem as Obras Sociais das Forças Armadas y da Seguridade (Instituto Obra Social das Forças Armadas e da Seguridade), dos jubilados (Instituto Nacional de Seguridade Social para Jubilados e Pensionados), dos funcionários públicos das províncias, das universidades públicas,

entre outras. O seu financiamento provém das contribuições obrigatórias dos assalariados e dos empregadores (6% do salário do trabalhador pelo próprio trabalhador e um 3% desse salário pelo empregador). Seus beneficiários são os trabalhadores, ativos e aposentados, e suas famílias.

O subsistema privado está conformado por múltiplas seguradoras privadas, denominadas como “Medicina Pré-paga”, as quais compram serviços de saúde privados, embora algumas delas tem seus próprios serviços. O seu financiamento provém dos aportes voluntários (prêmios) daqueles que contratam este tipo de cobertura, principalmente cidadãos de ingressos altos e meios, trabalhadores autônomos, trabalhadores que optam por uma segunda cobertura, ou trabalhadores assalariados não registrados e inativos. No entanto, há um importante segmento da população que paga diretamente no momento que utilizam os serviços de saúde (gasto de bolso em saúde).

O Ministério de Saúde da Nação estabeleceu o “Programa Médico Obrigatório”, como um conjunto de prestações médicas e medicamentos aos que tem direito todo beneficiário das Obras Sociais e das entidades da Medicina Pré-paga, e que, por tanto, as seguradoras devem obrigatoriamente garantir para seus beneficiários. A Superintendência de Serviços de Saúde, dependente do Ministério de Saúde da Nação, é o organismo de regulação e fiscalização das Obras Sociais Nacionais, as entidades da Medicina Pré-paga, e o Instituto Nacional de Seguridade Social para Jubilados e Pensionados (ARCE, 2012; BELLÓ; BECERRIL-MONTEIKO, 2011; GOMES-TEMPORÃO; FARIA, 2014; MARIN, 2021).

1.3.2. Sistema de saúde na Bolívia

Bolívia é um Estado unitário social de direito plurinacional comunitário, livre, independente, soberano, democrático, intercultural, descentralizado e com autonomias, e sua forma de governo é democrática, exercida em forma direta e participativa, representativa e comunitária (BOLIVIA, 2009).

O direito a saúde está reconhecido na Constituição como um direito fundamentalíssimo. A Constituição, em seu artigo 18 (capítulo segundo, sobre os direitos fundamentalíssimos, título II, direitos fundamentalíssimos, direitos fundamentais e garantias), estabelece explicitamente o direito a saúde e ao Estado como seu garante – ainda que este seja mais entendido como acesso aos serviços de saúde–: *“Todas as pessoas têm direito a saúde. O Estado garante a inclusão e o acesso à saúde de todas as*

personas, sem exclusão nem discriminação alguma". Além disso, o rol do Estado como garante desse direito é reforçado em seu artigo 35 (seção II, direito a saúde e a Seguridade Social, capítulo quinto, direitos sociais e econômicos): "*O Estado, em todos seus níveis, protegerá o direito à saúde, promovendo políticas públicas orientadas para melhorar a qualidade de vida, o bem-estar coletivo e o acesso gratuito da população aos serviços de saúde*", e em seu artigo 37 (na mesma seção e capítulo referida previamente): "*O Estado tem a obrigação indeclinável de garantir e segurar o direito a saúde, o qual constitui-se em uma função suprema e primeira responsabilidade financeira*". Neste último artigo se reconhece explicitamente a responsabilidade financeira do Estado para garantir o direito a saúde (BOLIVIA, 2009).

Sobre o sistema de saúde, a Constituição, em seu artigo 18, estabelece que "*O sistema único de saúde será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, com qualidade, calor e controle social. [...]*". No entanto, em seu artigo 36 (seção II, direito a saúde e a Seguridade Social, capítulo quinto, direitos sociais e econômicos) se orienta para um sistema baseado em esquemas de seguros de saúde: "*O Estado garantirá o acesso ao seguro universal de saúde [...]*". Mesmo assim, em seu artigo 39 (na mesma seção e capítulo referida previamente) se assinala a participação dos serviços de saúde privados: "*O Estado garantirá o serviço de saúde público e reconhece o serviço de saúde privado [...]*" (BOLIVIA, 2009).

O sistema de saúde é segmentado e fragmentado, com coexistência entre os subsistemas público, Seguridade Social, privado, e medicina tradicional (LEDO; SORIA, 2011). O Ministério de Saúde e Deportes exerce a reitoria do setor saúde, e tem competências de saúde concorrentes com os Governos Departamentais Autônomos e os Governos Municipais Autônomos, sendo estes dois últimos que têm funções de administração e provisão de serviços de saúde, complementários entre si, em sua respectiva jurisdição (BOLIVIA, 2009, 2010a).

O subsistema público está conformado por redes de serviços de saúde públicos administradas diretamente pelos Diretórios Locais de Saúde, dependente dos Governos Autônomos Municipais e Indígena Originário Campesino, em coordenação com os Serviços Departamentais de Saúde, dependente dos Governos Autônomos Departamentais. O seu financiamento é através do orçamento público, cujas recursos provêm do Tesouro General da Nación (para o financiamento dos recursos humanos do subsistema público, e os produtos de saúde do terceiro e quarto nível de atenção) e da Coparticipação Tributaria Municipal. Os Governos Autônomos Municipais e Indígena

Originário Campesinos têm a seu cargo as Contas de Saúde Universal e Gratuita para a administração do 15.5% dos recursos da Coparticipação Tributaria Municipal (para o financiamento do primeiro e segundo nível de atenção), ou uma porcentagem superior a esse ou outros recursos adicionais quando não seja suficiente. Mesmo assim, são permitidos as cobranças e pagamentos intermunicipais em saúde com fundos da "Conta de Saúde Universal e Gratuita". Seus beneficiários são principalmente aqueles que não estão compreendidos dentro do Seguro Social de Curto Prazo (BOLIVIA, 2019).

O subsistema da Seguridade Social está conformado pelo Seguro Social de Curto Prazo (regímen de doença, maternidade e risco profissional de corto prazo) e o Seguro Social de Longo Prazo (regímen de pensões). O Seguro Social de Curto Prazo está conformado pelas “Caixas de Saúde”: Caixa Nacional de Saúde (aprox. 85% dos assegurados deste sistema), Caixa Petroleira, Caixas Bancarias Privada e Estatal, Caixa de Caminhos, Caixa de Corporações, Seguro Universitário e Corporação do Seguro Social Militar. O seu financiamento provém das contribuições do 15% do montante total das remunerações dos trabalhadores pelos empregadores (8% para o regímen de doença, maternidade e risco profissional; 4% para o regímen de invalidez, velhice e morte e risco profissional de longo prazo; e 3% para as assinações familiares), o 3.5% desse monto pelos trabalhadores (2% para o regímen de doença e maternidade; 1.5% para o regímen de invalidez, velhice e morte), e 1.5% sobre esse monto pelo Estado; além disso, tem aportes específicos do setor minero. Seus beneficiários são os trabalhadores, ativos e aposentados, e suas famílias (BOLIVIA, 1956, 1959, 1975, 2010b; LEDO; SORIA, 2011; MACEIRA, 2002).

A Autoridade de Supervisão da Seguridade Social de Corto Prazo, dependente do Ministério de Saúde e Deportes, é uma entidade de regulação, controle, supervisão e fiscalização da Seguridade Social de Corto Prazo (BOLIVIA, 2018).

O subsistema privado está conformado por múltiplos seguradoras privadas e prestadores de serviços de saúde privados com e sem fins de lucro. O seu financiamento provém dos aportes voluntários, bem como dos pagamentos diretos ao momento de utilizar os serviços de saúde (gasto de bolso em saúde) (GÓMEZ DANTÉS et al., 2011)..

1.3.3. Sistema de saúde de Brasil

Brasil é uma república federal, constituída como um Estado democrático de direito, baseados na soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, os valores

sociais do trabalho e a livre iniciativa, e o pluralismo político. Sua organização política e administrativa compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, autônomos –e interdependentes–, segundo a forma dada pela Constituição (BRASIL. ASSEMBLÉIA NACIONAL CONSTITUINTE, 1988).

O direito a saúde está reconhecido na Constituição como um direito social (artigo 6, capítulo segundo, dos direitos sociais, título II, dos direitos e garantias fundamentais). A Constituição, em seu artigo 194 (capítulo primeiro, disposição geral, título VIII, da ordem social), assinala que a saúde é parte integrante da Seguridade Social: “*A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações [...] destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, a previdência e a assistência social.*”. Mesmo assim, em seu artigo 196 (no mesmo capítulo e título referido previamente), se reconhece o dever do Estado para garantir esse direito: “*A saúde é um direito de todas as pessoas e um dever do Estado, [...] que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde [...]*” (BRASIL. ASSEMBLÉIA NACIONAL CONSTITUINTE, 1988).

Além disso, o ordenamento jurídico brasileiro reconhece a saúde como um direito fundamental do ser humano, sendo o Estado quem deve prover as condições indispensáveis para seu exercício. Mesmo assim, se reconhece que a saúde é resultado da organização social e econômica do país, sendo determinada pela alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros (BRASIL, 1990).

O sistema de saúde foi unificado pela Constituição Política de 1988, constituindo-se como o SUS. O SUS está constituído pelas ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, e em forma complementar por instituições privadas (contratadas ou conveniadas), preferentemente com entidades filantrópicas e as sem fins de lucro, integrados em uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada em forma descentralizada, com atendimento integral da saúde, e participação da comunidade. O SUS está baseado na universalidade de acesso aos serviços de saúde, na integralidade e igualdade de assistência à saúde, a participação da comunidade, a descentralização político-administrativa, entre outros princípios (BRASIL, 1990; GOMES-TEMPORÃO; FARIA, 2014).

A condução do SUS é única, sendo exercida em cada nível de governo pelos seguintes órgãos: no âmbito da União, pelo Ministério de Saúde, no âmbito dos Estados

e o Distrito Federal, pelas secretarias estaduais de saúde, e no âmbito dos municípios, pelas secretarias municipais de saúde (BRASIL, 1990).

Estes órgãos exercem atribuições comuns, aplicadas segundo seu âmbito administrativo, na definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e supervisão das ações e serviços de saúde; administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados à saúde; monitoramento, avaliação e difusão do nível de saúde da população e as condições ambientais, entre outras atribuições (BRASIL, 1990).

Em relação as atribuições específicas, o Ministério de Saúde é responsável de definir e coordenar os sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade, de laboratórios de saúde pública, de vigilância epidemiológica e de vigilância da saúde, proporcionar cooperação técnica e financeira aos Estados, o Distrito Federal e os Municípios, promover a descentralização dos serviços de saúde e ações para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, elaborar o Planejamento Estratégico Nacional, em cooperação técnica com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, etc. As secretarias estaduais de saúde são responsáveis de promover a descentralização dos serviços e ações de saúde para os Municípios, monitorar, controlar e avaliar as redes hierárquicas, prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e realizar ações e serviços de saúde, etc. As secretarias municipais de saúde são responsáveis de planificar, organizar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde e gerir e executar os serviços de saúde pública, participar no planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierárquica, em conjunto com a sua gestão estadual, participar na execução, controle e avaliação de ações relacionadas com as condições e ambientes de trabalho, etc. (BRASIL, 1990).

O financiamento do SUS provém dos recursos do orçamento da Seguridade Social, principalmente das contribuições sociais (empregado/empregador, Contribuição para Financiamento da Seguridade Social e Contribuição Social sobre Lucro Líquido) e dos impostos das três esferas de governo. No tocante à União, ficou estabelecido o 15% –como mínimo– da receita corrente líquida (deduzida as transferências obrigatórias), congelado até 2036 (Emenda Constitucional 95), sendo corrigido pelo Índice Nacional Preços ao Consumidor; para os Estados e do Distrito Federal ficou estabelecido o 12% da receita de impostos próprios e transferências constitucionais e legais da União; e para os Municípios o 15% da receita de impostos próprios e transferências constitucionais e legais dos Estados. Através de uma lei suplementar se estabelece ou modifica a porcentagem da arrecadação dos impostos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios que serão

destinados para a saúde, bem como os critérios de rateio dos recursos vinculados a saúde que serão transferidos da União para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e dos Estados a seus respectivos Municípios. Outras fontes de recursos para o SUS são: serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde, ajuda, contribuições, doações e donativos, alienações patrimoniais e rendimentos de capital, taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do SUS, e rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais (BRASIL, 1990, 2012).

Os recursos do SUS, em cada esfera de governo, são depositados em contas especiais chamadas fundos de saúde, os quais são movimentados sob fiscalização dos respectivos conselhos de saúde. No âmbito federal, os recursos financeiros do SUS são administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde. Uma parte desses recursos são transferidos para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; mesmo assim, parte dos recursos dos fundos estaduais de saúde são transferidos para os fundos municipais, segundo os critérios estabelecidos em lei complementar (BRASIL, 1990, 2012).

O setor privado –não vinculado ao SUS– é financiado por recursos provenientes dos contratos de seguros privados para empresas e famílias, além dos pagamentos diretos dos usuários ao momento do atendimento (despesas de bolso). É importante assinalar que o setor privado atende aproximadamente ao 25% da população brasileira, ainda que o SUS é universal, tendo uma dupla cobertura de saúde, tanto do SUS como dos planos privados de saúde (GOMES-TEMPORÃO; FARIA, 2014; MONTEKIO; MEDINA; AQUINO, 2011).

1.3.4. Sistema de saúde no Chile

Chile é um Estado unitário, sua forma de governo é uma república democrática e sua administração é funcional e territorialmente descentralizada, ou desconcentrada, conforme estabelecido na lei (CHILE, 2005).

O direito à saúde está reconhecido na Constituição como o direito a proteção da saúde (artigo 19, capítulo III, sobre os direitos e deveres constitucionais). O Estado tem a obrigação de proteger o livre e igualitário acesso as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e de reabilitação do indivíduo, de coordenar e controlar as atividades relacionadas com a saúde, e de garantir a execução de ações de saúde, seja através de instituições públicas ou privadas, para o qual pode estabelecer cotizações

obrigatórias. Mesmo assim, se reconhece o direito de cada pessoa de escolher o sistema de saúde q que pretende recorrer, seja estatal ou privado (CHILE, 2005).

Além disso, a Lei 18.469, que regula o exercício do direito constitucional a proteção da saúde, reconhece que esse direito compreende o livre acesso e igualitário as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e de reabilitação do indivíduo, e a liberdade de eleger o sistema de saúde estatal ou privado (CHILE, 2006).

Existe controvérsia em relação à compreensão do direito à proteção da saúde, bem como outros direitos sociais, na Constituição. Para Figueroa (FIGUEROA GARCÍA-HUIDOBRO, 2013), este direito não deve ser compreendido desde uma perspectiva restrita, enquanto que, para Allard Soto et al. e Villasana-López et al. (ALLARD SOTO; HENNIG LEAL; GALDÁMEZ ZELADA, 2016; VILLASANA-LÓPEZ; ÁLVAREZ-GONZÁLEZ, 2019) há uma lógica de subsidiariedade estatal no direito à proteção de saúde e a participação do privado no acesso aos serviços de saúde, compreendendo este direito principalmente no âmbito da liberdade, o qual corresponde a uma perspectiva mais individual do direito.

O sistema de saúde é misto, segmentado em um subsistema público e outro privado, e baseado em esquemas de seguros de saúde, um público e múltiplos privados. Os trabalhadores dependentes têm a obrigação de contribuir ao sistema de saúde, enquanto os trabalhadores independentes podem contribuir de forma voluntária. Em ambos casos, podem optar por afiliar-se ao FONASA ou a uma ISAPRE (BECERRIL-MONTEKIO; REYES; MANUEL, 2011; CHILE, 2006; CID; HERRERA; PRIETO, 2016; GOMES-TEMPORÃO; FARIA, 2014).

O Ministério de Saúde exerce a reitoria do setor saúde, e formula, fixa e controla as políticas de saúde. A Superintendência de Saúde, dependente do Ministério de Saúde, é um organismo com funções de supervisionar e controlar das ISAPRE e vigilar o cumprimento das obrigações –principalmente– em relação as Garantias Explicitas em Saúde, bem como supervisionar e controlar ao FONASA em relação com os direitos de seus beneficiários, e fiscalizar aos prestadores públicos e privados respeito a sua acreditação e certificação. Existe um Regímen de Garantias em Saúde (GES) que estabelece um plano de saúde obrigatório para os beneficiários do FONASA, bem como garantias explicitas respeito ao acesso, oportunidade e qualidade da atenção e à proteção financeira obrigatórias para os beneficiários do FONASA e das ISAPRE (CHILE, 2006).

O subsistema público está conformado pelo FONASA, pelos Serviços de Saúde Regionais (estes últimos dependentes do Ministério de Saúde) e pelo Sistema Municipal

de Atenção Primária (quando as municipalidades, atuando por encargo, administram os serviços do primer nível de atenção). Os Serviços de Saúde Regionais administram as Redes Assistenciais na sua jurisdição territorial, principalmente os serviços do segundo e terceiro nível de atenção.

O FONASA é um organismo público encarregado da arrecadação, administração e distribuição dos recursos financeiros para o financiamento das prestações dos beneficiários do Regímen de Prestações de Saúde. Os recursos financeiros do FONASA provém principalmente dos aportes do Estado, cujos recursos, por sua vez, provêm principalmente dos impostos (que pressupõe o financiamento para aqueles que não podem contribuir) e as contribuições dos trabalhadores afiliados (7% da renda tributável dos trabalhadores). Os beneficiários do FONASA inclui afiliados (trabalhadores dependentes e independentes, pensionistas) e outras pessoas sem capacidade de pagamento. Os recursos financeiros para as Redes Assistenciais provém principalmente dos pagos do FONASA, dos recursos transferidos pelo Ministério de Saúde para a execução das ações de saúde pública, e pelas receitas que recebem pelos serviços prestados a terceiros.

No subsistema público, o acesso aos serviços de saúde tem duas modalidades: a atenção institucional, em que a eleição é dentro da rede pública, com um copagamento segundo seu nível de ingressos; e a atenção de livre eleição, em que a eleição pode ser em um serviço privado, com um copagamento segundo as tarifas dos diferentes prestadores privados.

As Forças Armadas (Força Aérea, Armada Naval e Exército) tem seu próprio subsistema de saúde. Cada instituição das Forças Armadas e do Ordem administram sua própria rede de serviços de saúde. O seu financiamento é através dos recursos do Fundo de Medicina Curativa e do Fundo de Medicina preventiva, cujos recursos provem – principalmente – das contribuições do pessoal em atividade (5,5% de sua renda tributável) e dos empregadores (1,5% da renda tributável do pessoal em atividade), e os aportes voluntários dos beneficiários, entre outros. Os seus beneficiários são o pessoal em atividade ou retiro das Forças Armadas e seus familiares, bem como alunos das escolas institucionais, o contingente do Serviço Militar Obrigatório, entre outros. Além disso, as Forças do Ordem e Seguridad Pública (Carabineros, Gendarmería e Investigaciones) tem sua própria rede de serviços de saúde (CHILE, 1996; WILLIAMS, 2017).

O subsistema privado está conformado pelas ISAPRE, asseguradoras de saúde privados que oferecerem planos de saúde com diversas coberturas de prestaciones de saúde, fornecidas através de serviços de saúde privados próprios ou serviços de saúde

públicos, além de serviços de saúde privados independentes. O financiamento das ISAPRE é através das contribuições dos trabalhadores afiliados (prêmio fixa), contribuições voluntárias por maior cobertura de prestações de saúde –baseados em riscos individuais– (prêmio complementar) e copagamentos de seus beneficiários. Enquanto que, os serviços de saúde privados independentes se financiam principalmente com pagamentos diretos dos usuários ao momento do atendimento (gasto de bolso em saúde). Os beneficiários das ISAPRE incluem aos familiares dos trabalhadores afiliados.

1.3.5. Sistema de saúde na Colômbia

Colômbia é um Estado social de direito, organizado em forma de república unitária, descentralizada, com autonomia de suas entidades territoriais, democrática, participativa e pluralista (COLOMBIA. ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE, 1991).

O direito a saúde está reconhecido na Constituição como um direito social. A constituição, em seu artigo 49 (capítulo segundo, dos direitos sociais, econômicos e culturais) reconhece que a atenção da saúde e o saneamento ambiental são serviços públicos a cargo do Estado, através do qual se garante a todas as pessoas o acesso aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (COLOMBIA. ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE, 1991).

Além disso, a Constituição, em seu artigo 365 (capítulo quinto, da finalidade social do Estado e dos serviços públicos), reconhece que “*Os serviços públicos são inerentes a finalidade do Estado. É dever do Estado assegurar sua prestação eficiente a todos os habitantes do território nacional*”. Mesmo assim, em seu artigo 366 (do mesmo capítulo referido previamente) se assinala a responsabilidade do Estado sobre a saúde: “[...] *Será objetivo fundamental de sua atividade [do Estado] a solução das necessidades insatisfeitas de saúde [...]*.” (COLOMBIA. ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE, 1991).

Em relação ao acesso aos serviços de saúde, a Constituição estabelece que o Estado deve organizar, dirigir e regulamentar a prestação de serviços de saúde, e estabelecer as políticas para a prestação de serviços de saúde por entidades privadas, e sua vigilância e controle (artigo 49). Mesmo assim, se estabelece que os serviços de saúde se organizam em forma descentralizada, por níveis de atenção e com participação da comunidade (COLOMBIA. ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE, 1991).

Embora a Constituição não reconheça explicitamente o direito à saúde como um direito fundamental, há várias sentenças da Corte Constitucional (Sentencia C760/08, C-313/14, C-361/14) que estabelecem jurisprudência sobre a dupla conotação do direito à saúde, como um serviço público, essencial e obrigatório, e como um direito fundamental, autônomo e irrenunciável. Estas sentenças constituíram as bases jurídicas para a aprovação da Lei Estatutária 1751, de 2015, na que a saúde é reconhecida como um direito fundamental, autônomo e irrenunciável no individual e no coletivo, que compreende o acesso aos serviços de saúde de forma oportuna, eficaz e com qualidade para a preservação, o melhoramento e a promoção da saúde (artigo 2). Mesmo assim, nessa Lei são dadas disposições sobre os princípios desse direito, as obrigações do Estado para respeitar, proteger e garantir o seu gozo efetivo, mecanismos para a proteção desse direito, entre outras disposições (COLOMBIA, 2015; GARCÍA-ECHEVERRY et al., 2020; JULIO PRETELT, 2017; ROJAS; PERILLA, 2021).

O órgão reitor do setor saúde é o Ministério da Proteção Social, criado a partir da fusão do Ministério de Saúde e o Ministério de Trabalho e Seguridade Social, em 2002. Os Departamentos de Saúde têm competências para dirigir, coordenar e vigilar o setor saúde e o Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS) em sua jurisdição, além de funções de prestação de serviços de saúde e saúde pública; mesmo assim, os Municípios tem competências para dirigir e coordenar o setor saúde e o SGSSS em sua jurisdição. A Comissão de Regulação de Saúde, adstrita ao Ministério da Proteção Social, regula o SGSSS, definindo e modificando o Plano Obrigatório de Saúde, o listado de medicamentos que serão parte dos planos de benefícios, o valor da Unidade de Pago por Capitação, entre outras funções. A Superintendência Nacional de Saúde, adscrita ao Ministério de Proteção Social, tem as funções de inspecionar, vigilar e controlar as instituições da SGSSS, em relação aos direitos dos afiliados e os recursos do SGSSS (COLOMBIA, 2001, 2011)

O sistema de saúde de Colômbia é segmentado e fragmentado, baseado em esquemas de seguros de saúde públicos e privados. Através da Lei 100, de 1993, foi criado o SGSSS, como um sistema de competência regulada, baseado em uma mistura público-privado. O SGSSS posteriormente foi modificado pela Lei 1122, de 2007, e a Lei 1438, de 2011, ampliando seus princípios originais, de eficiência, universalidade, integralidade, unidade e participação, com os de igualdade, obrigatoriedade, prevalência de direitos, equidade, progressividade, livre escolha, sustentabilidade, descentralização

administrativa, entre outras, e organizando e reorganizando o SGSSS (COLOMBIA, 1993, 2011, 2015).

O SGSS estabelece a obrigatoriedade da afiliação, através das Entidades Promotoras de Saúde, segundo o tipo de régimen (contributivo ou subsidiado), os quais oferecem o Plano Obrigatório de Saúde –unificado–, cujas prestações de saúde são fornecidas através das instituições prestadoras de serviços públicas ou privadas (CALDERÓN et al., 2011; GOMES-TEMPORÃO; FARIA, 2014; GUERRERO et al., 2011).

Existe três tipos de regímenes no SGSSS. O régimen contributivo, para os trabalhadores da economia formal, e suas famílias, ou para a população com capacidade de pagamento; cujos recursos provem da contribuição obrigatória de 12.5% do salário do trabalhador (8.5% pelos empregadores e 4% dos trabalhadores). O regime subsidiado, para a população pobre ou vulnerável e sem capacidade de pagamento, identificadas e classificadas através do Sistema de Identificação de Potenciais Beneficiários de Programas Sociais, cujos recursos e provem principalmente do 1.5% da contribuição do régimen contributivo e especiais, e aportes do Estado. Todos os recursos destes regimes são centralizados no Fundo de Solidariedade e Garantia, quem os distribui as Entidades Promotoras de Saúde através da Unidade de Pago por Capitação em função a quantidade de afiliados. Por vez, as Entidades Promotoras de Saúde pagam as instituições prestadoras de serviços através de diversas modalidades (prospectivo ou retrospectivo) e mecanismos de pagamento (capitação, por evento, grupo relacionado de diagnóstico, etc.). E os regimes especiais, que incluem subsistemas independentes das Forças Armadas, Polícia Nacional, Magistério, Empresa Colombiana de Petróleos, e outras entidades com autonomia para estabelecer seus seguros e serviços de saúde (CALDERÓN et al., 2011; GOMES-TEMPORÃO; FARIA, 2014; GUERRERO et al., 2011).

O setor privado independente, no vinculado ao SGSSS, atende a população com maior capacidade aquisitiva, através de seguros de saúde privados voluntários, planos de medicina pré-pagada e o pagamento dos usuários ao momento do atendimento (despensa de bolso) (CALDERÓN et al., 2011; GOMES-TEMPORÃO; FARIA, 2014; GUERRERO et al., 2011).

1.3.6. Sistema de saúde no México

México é uma república representativa, democrática, laica e federal. Está conformada por Estados, livres e soberanos em todo o território e a Cidade de México, unidos em uma Federação. O povo exerce sua soberania através dos Poderes da União, nos casos das competências destes, e pelos Estados e a Cidade de México, no que corresponde a seus regimes interiores, segundo estabelecido na Constituição Federal e os particulares de cada Estado ou da Cidade de México, em concordância com a Constituição Federal (MÉXICO. CONGRESO CONSTITUYENTE, 1917).

O direito a saúde está reconhecido na Constituição como o direito de toda pessoa à proteção da saúde (artigo 4, capítulo primeiro, dos direitos humanos e suas garantias), mas não é explícito a responsabilidade do Estado para garantir esse direito. Mesmo assim, em seu artigo 4 se assinala que as bases e modalidades para o acesso aos serviços de saúde serão definidas mediante lei, incluindo a participação da Federação e as entidades federativas, e que “*A lei definirá um sistema de saúde para o bem-estar, com o fim de garantir a extensão progressiva, quantitativa e qualitativa dos serviços de saúde para a atenção integral e gratuita das pessoas que não tiver Seguridad Social [restrita aos trabalhadores e suas famílias].*” (MÉXICO. CONGRESO CONSTITUYENTE, 1917).

O direito a saúde está regulamentado pela Lei Geral de Saúde, do 7 de fevereiro de 1984, que estabelece suas finalidades: o bem-estar físico e mental da pessoas, para contribuir ao exercício pleno de suas capacidades; a prolongação e melhoramento da qualidade de vida humana; a proteção e o acrescentamento dos valores que coadjuvem a criação, conservação e disfrute de condições de saúde que contribuam ao desenvolvimento social; o disfrute de serviços de saúde e de assistência social que satisfaçam eficaz e oportunamente as necessidades da população; entre outras. Mesmo assim, se estabelece o direito a ser incorporados ao Sistema de Proteção Social em Saúde, sem importar sua condição social, constituindo um mecanismo pelo qual o Estado garante o acesso efetivo, oportuno, de qualidade, sem reembolso no momento da utilização e sem discriminação aos serviços de saúde, cujas ações são fornecidas pela Secretaria de Saúde e os Regimes Estatais de Proteção Social em Saúde, dependentes dos governos das entidades federativas, em suas respectivas jurisdições, com a participação subsidiária e coordenada da Federação (MÉXICO, 1984).

O sistema de saúde mexicano é segmentado e fragmentado, baseado em esquemas de seguros de saúde públicos e privados. Está conformado pelas instituições da

Seguridade Social, as instituições públicas que atendem a população sem Seguridade Social, e o setor privado, conformado pelas companhias seguradoras e os prestadores de serviços privados (GÓMEZ DANTÉS et al., 2011).

O subsistema público está conformado pela Secretaria de Saúde, os Serviços Estatais de Saúde, o Instituto Mexicano do Seguro Social (IMSS)-Oportunidades e o Seguro Popular, em operação desde o 2004). Em forma geral, essas instituições são financiadas por recursos do Governo Federal, dos Governos Estaduais, e os pagamentos diretos dos usuários no momento do atendimento. Seus beneficiários são os autoempregados, os trabalhadores informais, os desempregados, e as pessoas que não estão no mercado de trabalho, bem como suas famílias. O Seguro Popular oferece um seguro de saúde -voluntário- com um plano de cobertura limitada a um pacote de prestações de saúde e medicamentos, e prestações de saúde de alto custo, fornecida através de serviços de saúde públicos ou serviços de saúde privados conveniados. O IMSS-Oportunidades é um programa de saúde financiado por aportes do Governo Federal, que oferece prestações de saúde e medicamentos para as famílias beneficiárias do Programa “Progresso”, fornecida em serviços de saúde do IMSS de primeiro e segundo nível de atenção, principalmente nas áreas rurais (GÓMEZ DANTÉS et al., 2011; KRASNIAK et al., 2020).

O subsistema do seguro social está conformado pelo IMSS, Instituto de Seguridade e Serviços Sociais dos Trabalhadores do Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos, Secretaria de Defesa e Secretaria de Marina. Seus beneficiários são os trabalhadores do setor formal da economia, ativos e aposentados, e suas famílias. O IMSS oferece cobertura a aproximadamente a 80% dos beneficiários da Seguridade Social, em seus próprios serviços de saúde; o ISSSTE oferece cobertura a aproximadamente a 18%, também em seus próprios serviços de saúde; e o Petróleos Mexicanos, Secretaria de Defesa e Secretaria de Marina oferece cobertura a aproximadamente a 1%, também em seus próprios serviços de saúde. O IMSS é financiado pelas contribuições dos empregadores e empregados e o aporte Governo Federal, enquanto ISSSTE, Petróleos Mexicanos, Secretaria de Defesa e Secretaria de Marina são financiados pelos aportes do Governo Federal. Os beneficiários do régimen obrigatório do IMSS têm acesso a uma variedade de prestações, incluindo seguros de doença, maternidade, riscos de trabalho, invalidez e vida, aposentadoria e velhice, creche, e outras prestações sociais. Por outro lado, os benefícios do regime voluntário se limitam a prestações de seguro de doença e

maternidade, enquanto os demais seguros oferecem benefícios semelhantes (GÓMEZ DANTÉS et al., 2011).

O subsistema privado está conformado por seguradoras de saúde privados que oferecerem seguros de saúde com diversos planos de cobertura de prestações de saúde, além de serviços de saúde privados independentes. O seu financiamento provém dos aportes voluntários, bem como dos pagamentos diretos ao momento de utilizar os serviços de saúde (gasto do bolso em saúde) (GÓMEZ DANTÉS et al., 2011).

1.3.7. Sistema de saúde no Peru

O Peru é uma república democrática, social, independente e soberana, e seu Estado é único e indivisível. Seu governo é unitário, representativo e descentralizado, organizado segundo o princípio de separação de poderes (PERÚ. ASAMBLEA CONSTITUYENTE, 1993).

O direito à saúde não aparece em forma direta na Constituição, mas através do reconhecimento dos tratados internacionais, ao estabelecer que os tratados celebrados pelo Estado formam parte do ordenamento jurídico nacional (artigo 55, capítulo segundo, dos tratados), inclui-se assim o “Pacto Internacional de Direitos Económicos, Sociais e Culturais”, entre outros. Em forma pouco específica, a Constituição assinala em seu artigo 7 (capítulo segundo, dos direitos sociais e econômicos) que *“Todos tem direito à proteção da sua saúde, do seu ambiente familiar e da sua comunidade [...]”*. No entanto, a Constituição assinala em seu artigo 9 (capítulo segundo, dos direitos sociais e econômicos) vai-se orientando o rol do Estado como facilitador ao acesso aos serviços de saúde: *“O Estado determina a política nacional de saúde [...] para facilitar a todos o acesso equitativo aos serviços de saúde. (...)*. Mesmo assim, em seu artigo 11 (do mesmo capítulo) se reforça a responsabilidade do Estado sobre o livre acesso aos serviços de saúde: *“O Estado garanta o libre acceso as prestações de saúde [...], a través de entidades públicas, privadas ou mistas. Supervisa mesmo assim seu eficaz funcionamiento.”* (PERÚ. ASAMBLEA CONSTITUYENTE, 1993).

No entanto, a Constituição assinala que o Estado reconhece o direito universal e progressivo de toda pessoa a Seguridade Social, mas não reconhece explicitamente que a saúde é parte da Seguridade Social nem seu caráter universal, mas assinala que essas “contingências” serão determinadas por lei (artigo 10, capítulo segundo, dos direitos sociais e econômicos). Mesmo assim, assinala que os fundos e as reservas da Seguridade

Social são intangíveis e seus recursos serão utilizados segundo a lei o determine (artigo 12, do mesmo capítulo referido previamente) (PERÚ. ASAMBLEA CONSTITUYENTE, 1993).

Embora a Constituição não reconheça explicitamente o direito à saúde como um direito fundamental, há várias sentenças do Tribunal Constitucional (Sentencia 2016-2004-AA/TC, 3208-2004-AA/TC, 5842-2006-PCH/TC) que estabelecem jurisprudência sobre o caráter fundamental do direito a saúde ao comprometer outros direitos fundamentais, principalmente por sua relação inseparável e irresolúvel com o direito à vida. Nesse sentido, o direito a saúde implica uma ação de conservação e outra de reestabelecimento –da saúde–, cujo cumprimento corresponde ao Estado, que deve garantir uma melhor qualidade de vida, invertendo na modernização e fortalecimento das instituições encarregadas da prestação do serviço de saúde, através da adoção de políticas, planos e programas nesse sentido. Além disso, a saúde é também reconhecida como um direito fundamental autónomo, enfatizando seu conteúdo especial, único e exclusivo, permitindo-se sua tutela independente (LEÓN FLORIÁN, 2014; PERÚ. TRIBUNAL CONSTITUCIONAL, 2005a, 2005b, 2006).

Além disso, a Lei 26842, Lei Geral de Saúde, reforçando o rol garante do Estado ao livre acesso as prestações de saúde, declara de interesse público a provisão de serviços de saúde, seja qual for a instituição que os fornece, sendo o Estado responsável de promover as condições que garantam uma adequada cobertura de prestações de saúde. Mesmo assim, assinala que o Estado promove o asseguramento universal e progressivo da população para a proteção das contingencias que possam afetar sua saúde, e garante a livre eleição de sistemas previsionais (seguros de saúde), e subsidiariamente através de um sistema imposto pelo Estado para que ninguém fique desprotegido (PERÚ. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, 1997).

O sistema de saúde peruano é segmentado e fragmentado, com financiamento baseado na garantia e descentralização da gestão dos serviços. A segmentação se expressa na coexistência de vários “subsistemas” de saúde dirigidos a diversos segmentos populacionais, segundo a sua condição socioeconómica e laboral; enquanto que a fragmentação se expressa na coexistência de múltiplos prestadores de serviços de saúde públicos, com escassa integração e deficiente coordenação entre eles (ALCALDE-RABANAL; LAZO-GONZÁLEZ; NIGENDA, 2011; LLANOS ZAVALAGA et al., 2020; SÁNCHEZ-MORENO, 2014).

Mediante a Lei 29344, Lei Marco do Seguro Universal em Saúde, de abril de 2009, consolidou-se a viragem para um sistema de saúde baseado em esquemas de seguro, com múltiplos seguros públicos (Seguro Integral de Saúde, Fundo Intangível Solidário de Saúde, Seguro Social de Saúde) e privados (Entidades Prestadoras de Saúde), companhias de seguros privados de saúde, entidades que oferecem serviços de saúde pré-pagos, autosseguros e fundos de saúde), além de planos de saúde com diferentes cobertura de prestações de saúde, e diversos regimes de financiamento (regímen subsidiado, semicontributivo e contributivo) (ARCE, 2009; CASTRO, 2009; PERÚ. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, 2009; UGARTE UBILLÚZ, 2009).

Em 2013, com a reforma do setor de saúde, foram promulgados vários decretos legislativos que intensificaram a segmentação do sistema de saúde, com a criação dos seguros da Polícia Nacional (o Fundo de Asseguramento de Saúde da Policia Nacional do Peru) e das Forças Armadas (o Fundo de Asseguramento em Saúde do Exército do Peru, o Fundo de Asseguramento em Saúde da Marina e o Fundo de Asseguramento em Saúde da Força Aérea do Peru). Além disso, mediante o Decreto Supremo nº 010-2016-SA, de fevereiro de 2016, em conformidade com o regulamento da Lei nº 29344, foram dadas disposições para a desintegração vertical dos seguros de saúde públicos, com a separação administrativa e contábil suas partes seguradora e prestadora de serviços de saúde, sob o pressuposto de conseguir uma maior eficiência no manejo dos recursos (EIBENSCHUTZ et al., 2014; PERÚ. MINISTERIO DE SALUD, 2016).

O financiamento do Seguro Integral de Saúde provém principalmente dos recursos do orçamento público; enquanto o financiamento dos serviços de saúde públicos administrados pelo Ministério de Saúde e os Governos Regionais provem também dos recursos do orçamento público, das transferências financeiras do Seguro Integral de Saúde, e, em menor medida, do pagamento dos usuários –não afiliados ao Seguro Integral de Saúde – ao momento do atendimento. Enquanto que, o financiamento do Seguro Social de Saúde provém das contribuições dos empregadores, equivalente ao 9% do salário dos trabalhadores. Por sua vez, o financiamento dos fundos da Polícia Nacional e das Forças Armadas provém dos aportes do Estado, equivalente ao 6% da remuneração consolidada, pensão ou gorjeta do pessoal em situação de atividade, disponibilidade e aposentadoria, bem como cadetes e alunos dos centros de formação dessas instituições; enquanto o financiamento dos serviços de saúde públicos administrados pela Policia Nacional do Peru e as Forças Armadas provem dos recursos do orçamento público e das transferências financeiras de suas seguradoras de saúde correspondentes.

Posteriormente, mediante o Decreto de Urgência nº 017-2019, Medidas para a Cobertura Universal de Saúde, de novembro de 2019, o Seguro Integral de Saúde foi autorizado a aderir a qualquer pessoa residente no país que não tenha um seguro de saúde, pelo que, no quarto trimestre, 93,5 % (30 389 426) da população tornou-se membro de um seguro de saúde público, devido principalmente ao aumento de 2 354 602 afiliados ao Seguro Integral de Saúde (60,7 %). Com isso, aumentou a afiliação a um seguro de saúde, mas não se assegurou o acesso efetivo aos serviços de saúde (PERÚ. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, 2019; SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, 2019a, 2019b).

2. CAPÍTULO 2: FINANCIAMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA NO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO EM CRISE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA CIENTÍFICA

2.1. INTRODUÇÃO

Desde o início da década de 1980, os sistemas de saúde da América Latina, e as populações que estes devem proteger, vêm sofrendo de constantes e cada vez mais intensas contra reformas do direito à saúde, sob a aparência de processos de reforma que supostamente buscavam garantir esse direito e ampliar a cobertura de saúde para toda sua população. Estas contrarreformas foram parte da resposta neoliberal à crise estrutural do capitalismo, e foram aplicadas pelos Estados capitalistas e os diversos governos de turno de orientação neoliberal (GÖTTEMS; MOLLO, 2020; VIANA; DA SILVA, 2018).

Estas contrarreformas foram sistêmicas, já que não só afetaram a saúde, mas também os outros direitos sociais conquistados pela luta da classe trabalhadora durante os “anos dourados” do capitalismo, precarizando as condições de vida e de trabalho da maioria da população. Assim, os sistemas de saúde foram enfraquecidos com o avanço das políticas neoliberais, transformando-os em sectores orientados para a reprodução e acumulação de capital, através da mercantilização e privatização da saúde, em detrimento do seu objetivo principal de promover, manter e melhorar a saúde da população e reduzir as desigualdades de saúde.

Estas contrarreformas introduziram a lógica de mercado no sector da saúde, mantendo simultaneamente o status quo do subfinanciamento público ou aplicando medidas de desfinanciamento público da saúde, deixando espaço para a mercantilização e privatização da saúde. Assim, foram-se aplicando e expandindo diversos mecanismos de gerenciamento de mercado e diversas formas de privatização da gestão pública, incluindo a apropriação de fundos públicos pelo setor privado (MENDES; CARNUT, 2018). Desta forma, foi-se restringindo o acesso aos serviços de saúde e aprofundando as desigualdades de saúde (GÖTTEMS; MOLLO, 2020; VIANA; DA SILVA, 2018).

Nesse sentido, o objetivo deste estudo é realizar uma revisão integrativa da literatura científica, especialmente latino-americana, sobre o financiamento dos sistemas de saúde na América Latina no capitalismo contemporâneo em crise.

2.2. PERGUNTA NORTEADORA

Para este estudo, definiu-se a seguinte pergunta norteadora: “Como a literatura científica, especialmente latino-americana, vem discutindo o **financiamento** dos **sistemas de saúde** na **América Latina** no **capitalismo contemporâneo em crise**?”

A partir da pergunta norteadora, se identificaram as palavras-chave (termos realçados em negrito). Tomou-se como **fenômeno** o “financiamento da saúde” e como **população** os “sistemas de saúde” na “América Latina”. Além disso, tomou-se como **contexto** o “capitalismo contemporâneo em crise”.

2.3. IDENTIFICAÇÃO DOS DESCRITORES

A partir dessas palavras-chave, identificou-se os descritores em idioma português, utilizando o vocabulário estruturado e multilíngue da base de dados dos Descritores em Ciências da Saúde.

Para a palavra-chave "financiamento" foram identificados os seguintes descritores: "Financiamento dos Sistemas de Saúde", "Financiamento da Assistência à Saúde", "Recursos Financeiros em Saúde", "Organização de Financiamento" e "Financiamento Governamental".

Para a palavra-chave "sistemas de saúde" foram identificados os seguintes descritores: "Sistemas de Saúde", "Sistemas Públicos de Saúde" e "Sistemas Nacionais de Saúde".

Para a palavra-chave "América Latina" foram identificados os seguintes descritores: "América Latina", "Argentina", "Bolívia", "Brasil", "Chile", "Colômbia", "Costa Rica", "Cuba", "Equador", "El Salvador", "Guatemala", "Haiti", "Honduras", "México", "Nicarágua", "Panamá", "Paraguai", "Peru", "República Dominicana", "Uruguai" e "Venezuela". A Guiana Francesa e o Porto Rico não foram incluídos por não serem países soberanos.

2.4. BUSCA BIBLIOGRÁFICA

Realizou-se a pesquisa exploratória no portal de bases de dados na Biblioteca Virtual de Saúde, utilizando os operadores booleanos AND (entre os descritores das palavras-chave de fenômeno e população) e OR (entre os descritores de cada uma das

palavras-chave de fenômeno e população). Na palavra chave "América Latina" foram utilizadas 2 estratégias de busca, como descritor e como termo livre (título, resumo e assunto), sendo esta última utilizada na sintaxe, devido à maior quantidade de publicações obtidas.

Na primeira etapa houve buscas exploratórias para a testagem dos descritores, com objetivo de observar o comportamento quantitativo dos mesmos para eleger quais são os melhores cruzamentos em função dos resultados que trazem. Posteriormente foram utilizados operadores booleanos nas técnicas “do funil” e “da somação”, consideradas meramente experimentais, mas que permitem observar as interseções existente entre descritores derivados dos distintos itens-chave.

Desta forma, a síntese que se mostrou mais apropriada foi: ((mh:("Financiamento dos Sistemas de Saúde" OR "Financiamento da Saúde" OR "Recursos Financeiros em Saúde" OR "Organização de Financiamento" OR "Financiamento Governamental")) AND (mh:("Sistemas de Saúde" OR "Sistemas Nacionais de Saúde" OR "Sistemas Públicos de Saúde")) AND ("América Latina" OR Argentina OR Bolívia OR Brasil OR Chile OR Colômbia OR "Costa Rica" OR Cuba OR Haiti OR "República Dominicana" OR Equador OR "El Salvador" OR Guatemala OR Honduras OR México OR Nicarágua OR Panamá OR Paraguai OR Peru OR Uruguai OR Venezuela))

A partir desta sintaxe, realizou-se a busca bibliográfica na Biblioteca Virtual de Saúde, em 3 de fevereiro de 2023, encontrando-se 265 publicações (não se utilizou nenhuma restrição).

2.5. ETAPAS DA INCLUSÃO DE ARTIGOS NA REVISÃO INTEGRATIVA

Todos os passos a seguir podem ser encontrados no fluxograma PRISMA, como mostrado na Figura 1.

As 265 publicações encontradas na Biblioteca Virtual de Saúde foram exportadas para o gestor bibliográfico Mendeley. Este identificou, através da leitura automática de títulos, 46 publicações duplicadas, as quais foram excluídas, ficando 219 publicações. Depois, através da leitura manual de títulos, foram identificadas outras 19 publicações duplicadas, as quais foram excluídas, ficando 200 publicações. Estas publicações, organizadas previamente em Mendeley, foram exportadas para o Microsoft Excel.

Para a análise de elegibilidade das publicações, foram estabelecidos critérios de seleção. Estes referiam-se: apenas artigos científicos, publicados a partir de 1980, em

idioma inglês, espanhol e português, cujo tema de pesquisa seja o abordagem primário de um dos termos derivados do financiamento da saúde: financiamento dos sistemas de saúde, financiamento dos cuidados de saúde, recursos financeiros em saúde, organização do financiamento ou financiamento governamental, ou o abordagem da relação entre os termos de política de saúde, sistemas de saúde, sistemas públicos de saúde, sistemas nacionais de saúde, sistema único de saúde, reforma dos cuidados de saúde, assistência pública, Seguridade Social, despesas de saúde ou despesas públicas em saúde, e – secundariamente– um dos termos derivados de financiamento da saúde; em ambos os casos, contextualizados no capitalismo contemporâneo.

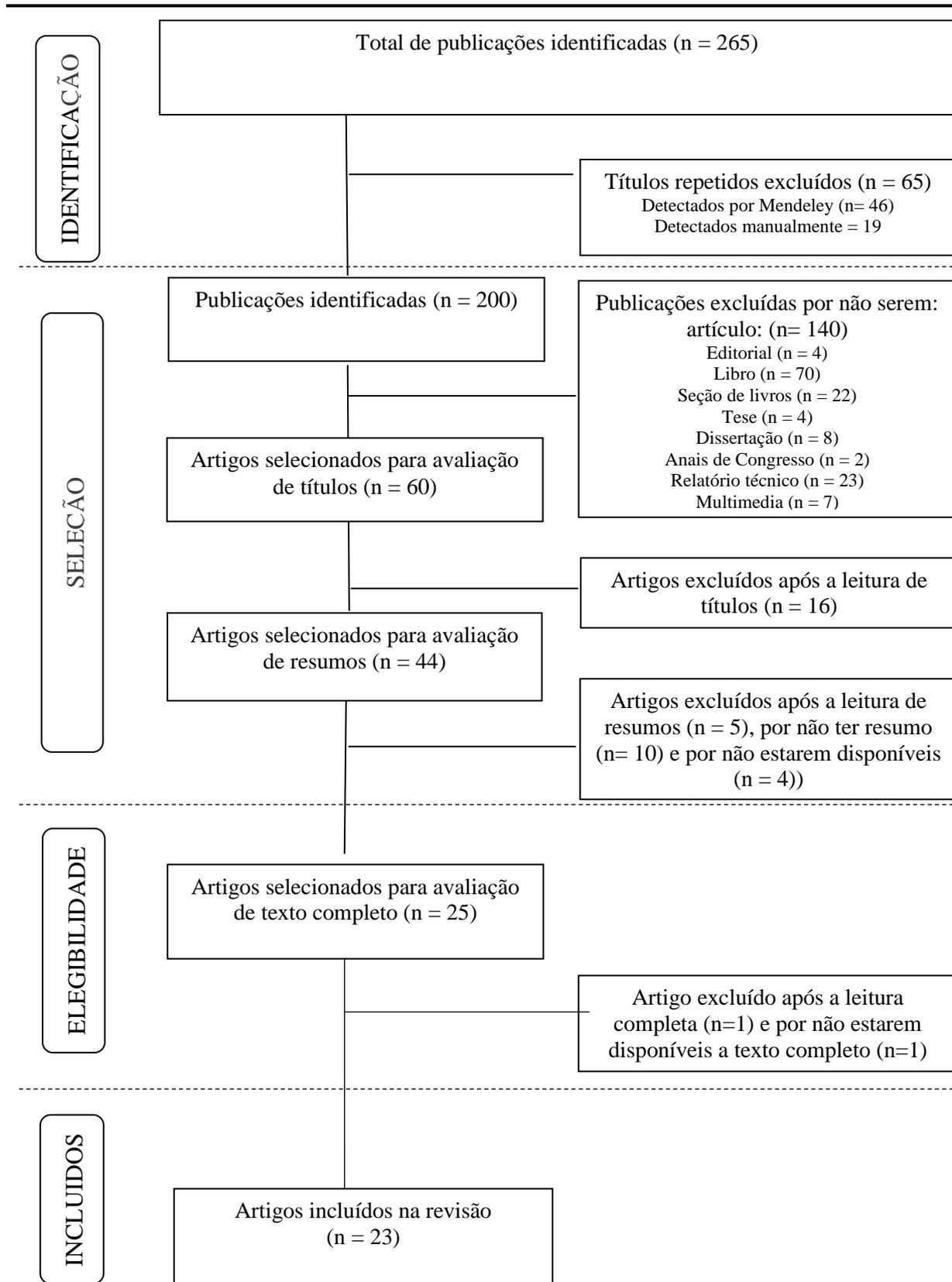
Dois revisores estiveram envolvidos no processo de elegibilidade dos artigos a serem incluídos nesta revisão. Cada revisor fez uma avaliação independente dos títulos, resumos e texto completo dos estudos, e as discrepâncias sobre se incluir um estudo foram resolvidas através da discussão entre eles.

A partir desses critérios, foram excluídas 140 publicações por não serem artigos científicos: 4 editoras, 70 livros, 22 seções de livro, 4 teses, 8 dissertações, 2 anais de congresso, 23 relatórios técnicos e 7 arquivos multimídia, ficando 60 artigos. Nenhum artigo foi excluído por estar fora do período de publicação nem por estar em outra língua.

Em seguida, realizou-se a avaliação de títulos, sendo excluídos 16 artigos, por não cumprir com os critérios de seleção, ficando 44 artigos. Além disso, realizou-se a avaliação de resumos, sendo excluídos 5 artigos por não cumprir com os critérios de seleção, 10 artigos por não ter resumo, e 4 artigos por não estarem disponíveis para a leitura de resumos, ficando 25 artigos.

Dos 25 artigos selecionados para a avaliação de texto completo, 1 artigo foi excluído após da leitura íntegra e 1 por não estar disponível a texto completo, ficando 23 artigos, os quais foram incluídos na revisão integrativa.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos incluídos na revisão integrativa



2.6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta parte, apresentamos os resultados obtidos dos 23 artigos incluídos na revisão integrativa, o que permitirá traçar um panorama das discussões identificadas sobre o financiamento da saúde nos sistemas de saúde de América Latina, no capitalismo contemporâneo em crise.

Dos 23 artigos incluídos na revisão integrativa, organizados em ordem de frequência segundo eixos temáticos do financiamento dos sistemas de saúde, observou-se o seguinte (Tabela 3): 65,2% dos artigos abordaram o financiamento da saúde e a privatização da saúde e cobertura universal de seguro de saúde; 47,8%, o financiamento da saúde em meio a processos de reforma do setor saúde; 43,5%, o subfinanciamento público da saúde; 39,1%, o financiamento da saúde em meio a processos de reforma fiscal ou tributária ou busca por novas fontes de financiamento para a saúde; 26,1%, o financiamento da saúde em meio a processo de descentralização da saúde; e 17,4%, o financiamento da saúde em meio a processos constituintes ou implementação de novas constituições políticas.

Tabela 3. Artigos incluídos na revisão integrativa, segundo eixos temáticos do financiamento dos sistemas de saúde

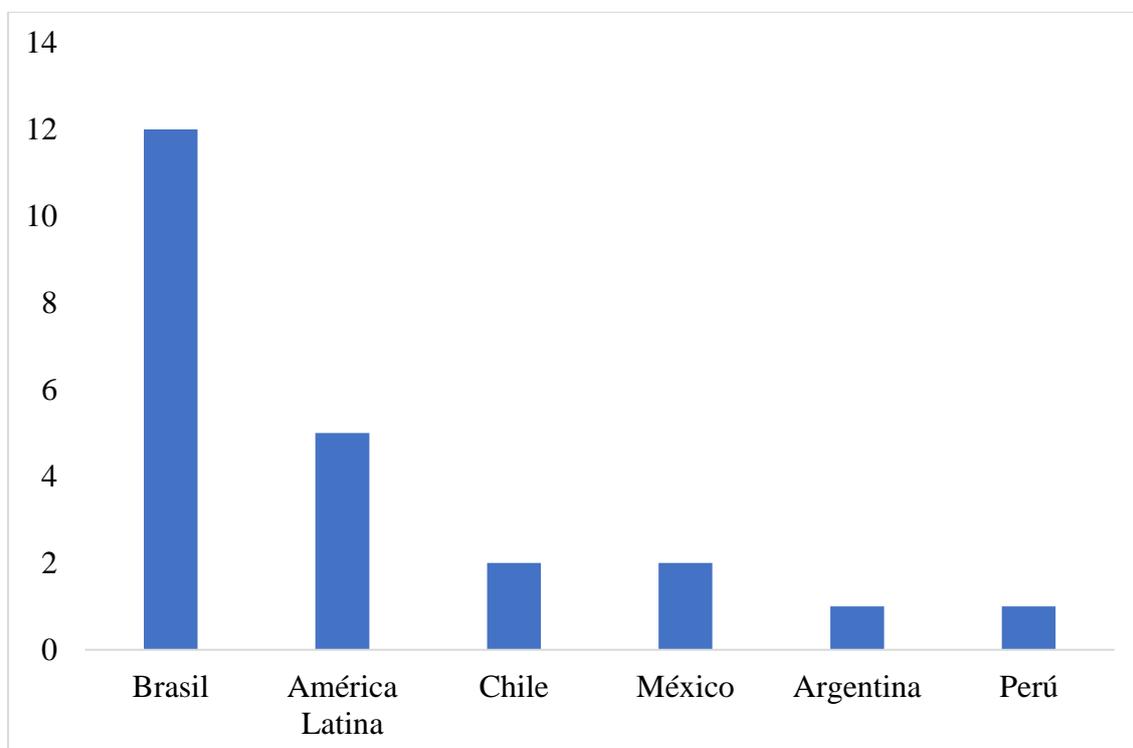
Eixos temáticos do financiamento dos sistemas de saúde	Artigos (n = 23)	
	Quantidade	Porcentagem
Privatização da saúde e cobertura universal do seguro de saúde	15	65,2%
Processos de reforma do setor saúde	11	47,8%
Subfinanciamento público da saúde	10	43,5%
Processos de reforma fiscal ou tributária ou busca por novas fontes de financiamento para a saúde	9	39,1%
Descentralização da saúde	6	26,1%
Processos constituintes ou implementação de novas constituições políticas	4	17,4%

Fonte: elaboração própria.

Além disso, identificou-se os países dos sistemas de saúde estudados nos artigos incluídos na revisão integrativa: 52,2% (12) foram de Brasil, 8,7% (2) de Chile, 8,7% (2) de México, 4,3% (1) de Argentina, 4,3% (1) de Peru, e 21,7% (5) de América Latina,

incluindo um artigo que estudou em forma conjunta a México, Nicarágua e Peru (Figura 2).

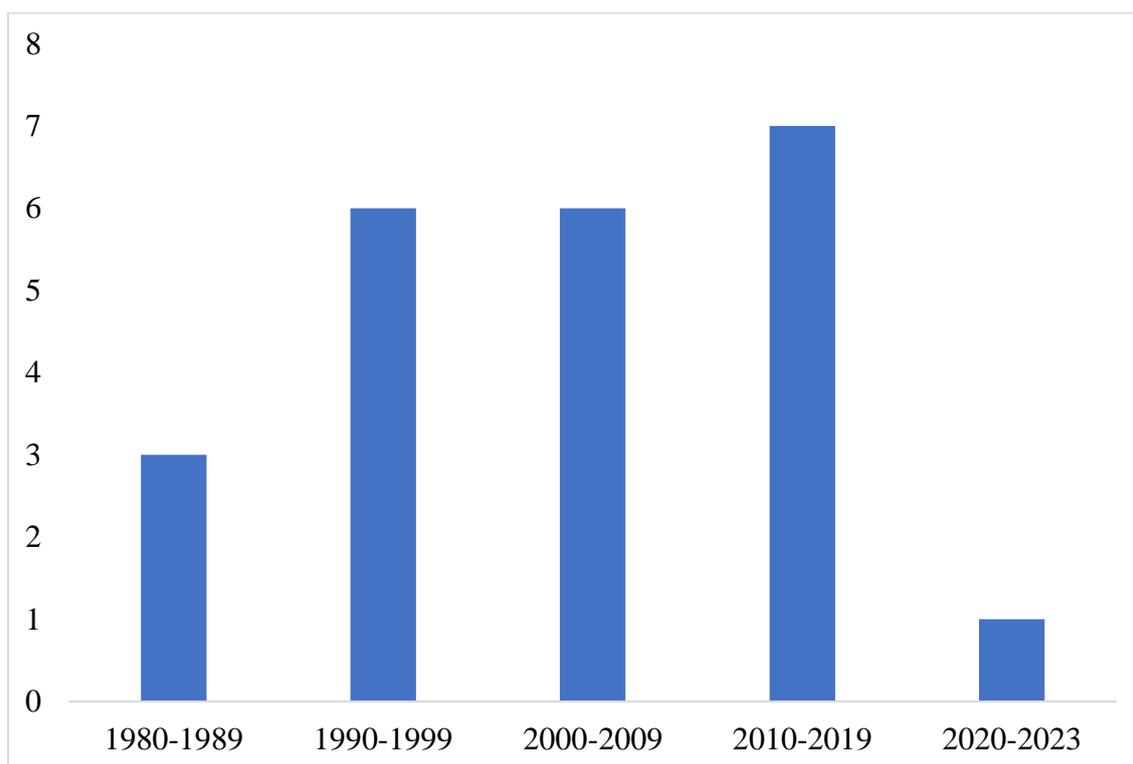
Figura 2. Artigos incluídos na revisão integrativa, segundo países dos sistemas de saúde estudados



Fonte: elaboração própria.

Mesmo assim, identificou-se o período de publicação dos artigos incluídos na revisão integrativa: 13% (3) foram da década de 1980, 26,1% (6) da década de 1990, 26,1% (6) da década de 2000, 30,4% (7) da década de 2010, e 4,3% (1) da década de 2020 (até o 3 de fevereiro de 2023) (Figura 3).

Figura 3. Artigos incluídos na revisão integrativa, segundo o período de publicação



Fonte: elaboração própria.

Após a leitura na íntegra dos artigos incluídos na revisão integrativa, extraíram-se deles os seguintes conteúdos: autor(es) e ano, objetivo, método de estudo, e eixes temáticos da discussão sobre o financiamento dos sistemas de saúde: 1) processos constituintes ou implementação de novas constituições políticas, 2) processos de reforma fiscal ou tributaria ou busca por novas fontes de financiamento da saúde, 3) processos de reforma do setor saúde, 4) processo de descentralização da saúde, 5) privatização da saúde e cobertura universal de seguro de saúde, e 6) subfinanciamento público da saúde.

Tabela 4. Sínteses dos artigos incluídos na revisão integrativa, segundo autor/ano, objetivo, método e categorias de análise de financiamento dos sistemas de saúde, segundo eixos temáticos

N	Autor e ano	Objetivo	Método	Processos constituintes ou implementação de novas constituições políticas	Processos de reforma fiscal ou tributária ou busca por novas fontes de financiamento para a saúde	Processos de reforma do setor saúde	Processos de descentralização da saúde	Privatização da saúde e cobertura universal do seguro de saúde	Subfinanciamento público da saúde
1	Castañeda T, 1987	Rever as reformas do setor saúde no Chile, no período 1975-1985.	Ensaio crítico	Discute as mudanças no sistema da saúde e o seu financiamento, no cenário da Constituição de 1980, elaborada e aprovada durante a ditadura militar de 1973-1990, e influenciada pela introdução das ideias neoliberais no país	Não discute	Discute o financiamento no cenário da reforma do setor saúde, com a reorganização do Ministério de Saúde, a criação dos Serviços de Saúde a nível regional, a criação do Fundo Nacional de Saúde, a ampliação do Sistema de Provedor Preferido e a entrada das ISAPRE no sistema de saúde.	Não discute	Adverte a transferência de recursos públicos para o setor privado, através da ampliação do Sistema de Provedor Preferencial para obreiros e a entrada das ISAPRE no sistema de saúde, com atribuições para arrecadar as contribuições sociais obrigatórias dos trabalhadores.	Não discute
2	Médici AC, 1987	Avaliar a estrutura de financiamento e gasto em saúde no Brasil, a partir de seus componentes e as entidades responsáveis pela gestão do sistema de saúde, no contexto da criação do SUS	Ensaio crítico	Discute a criação do novo sistema de saúde, no cenário da VIII Conferência Nacional de Saúde, a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, cujas propostas foram levadas para a Assembleia Nacional Constituinte.	Salienta a necessidade de uma reforma tributária estrutural e progressiva. Diante da crise econômica da década de 1980, e a queda dos recursos previdenciários, aumentou-se a alíquota das contribuições sociais das empresas e os trabalhadores urbanos. Após, com a Constituição de 1988 foram estabelecidas mudanças no financiamento da	Explica que, com a criação do SUS, foram criados fundos de saúde, com integração de recursos da Seguridade Social, do orçamento fiscal e de fundos sociais para a saúde, e a fixação de porcentagens do orçamento fiscal dos três níveis de governo para a saúde, além de repasses fundo a fundo.	Não discute	Adverte que entre as décadas de 1970 e 1980 a maior parte dos recursos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) foram transferidos para o setor saúde. Apesar do que a partir de 1981 os recursos do INAMPS foram redirecionados para sua própria rede pública de saúde, a maior parte dos seus recursos continuaram a	Não discute

					Seguridade Social, constituindo, na prática, uma reforma tributária.			ser transferidos para a sua rede privada contratada.	
3	Muller Neto JS, 1989	Analisar o financiamento, a programação orçamentaria e a administração financeira em saúde no Brasil, desde a perspectiva dos municípios, no cenário da implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)/SUS	Ensaio crítico	Discute sobre o financiamento da saúde, no que diz respeito aos municípios, no cenário da elaboração, aprovação e início da implementação da Constituição de 1988, baseadas nas propostas geradas nos diversos encontros nacionais de secretários municipais de saúde, bem como a aplicação das disposições sobre o financiamento do SUS estabelecidas na Constituição de 1988.	Salienta as propostas municipais para o financiamento da saúde, geradas durante a experiência da implementação do SUDS e em diversas reuniões de secretários municipais de saúde, como a reivindicação da reforma tributária, a criação de fundos de saúde, a fixação de percentagens do orçamento municipal para a saúde e a eliminação de condicionamentos para os repasses de recursos financeiros do INAMPS, sendo várias delas incluídas na Constituição de 1988.	Não discute.	Afirma que o financiamento era um impedimento para a implementação da descentralização e municipalização da saúde, devido ao baixo financiamento público e problemas nos repasses de recursos financeiros do INAMPS para os municípios, no cenário da implementação do SUDS.	Não discute	Não discute
4	Guimarães MC, 1991	Analisar as alternativas para o financiamento do SUS, no contexto da implementação do SUDS/SUS e da crise fiscal no Brasil	Ensaio crítico	Não discute	Coloca a questão do modo de obtenção de recursos financeiros para a saúde como externa ao setor saúde, o qual está determinado pelos mesmos princípios que predominam na política econômica e social. Discute sobre a maior participação do Governo Federal no	Considera que a consolidação da Reforma Sanitária dependia de uma adequada abordagem do financiamento da saúde. Afirma que o nível de gasto em saúde e sua prioridade sobre outros setores produtivos dependem da sua situação econômica, a	Não discute	Critica o predomínio da assistência médica curativa e, conjuntamente, a grande transferência de recursos financeiros públicos para a rede privada de saúde contratada ou conveniada pelo INAMPS, bem como um baixo investimento da própria rede pública	Não discute

					financiamento do SUS e a necessidade de definir porcentagens mínimos de orçamento fiscal para a saúde nos três níveis de governo.	abordagem política das questões sociais, e a perspectiva dominante sobre o gasto em saúde, como consumo final ou despesa produtiva.		de saúde, favorecendo a maior compra de serviços de saúde ao setor privado.	
5	Monti JF, 1992	Analisar os aspectos estruturais do sistema de saúde de Brasil, na década de 1980, no contexto de uma crise de resultados frente à demanda e de financiamento	Ensaio crítico	Salienta a que as propostas surgidas na VIII Conferencia Nacional de Saúde foram tomadas pela Comissão nacional de Reforma Sanitária e, após, pela Assembleia Nacional Constituinte. Várias dessas propostas foram incluídas na Constituição de 1988.	Não discute	Discute as propostas surgidas na VIII Conferencia Nacional de Saúde à luz da experiencia das Ações Integradas de Saúde e o SUDS, como a priorização de repasses de recursos previdenciários para a própria rede pública e de recursos do orçamento fiscal do Governo Federal para os Governos Estaduais e Municipais.	Afirma que o subfinanciamento do SUS afetou a implementação da descentralização e municipalização da saúde. Apesar do estabelecido na Constituição de 1988, a Lei 8080 e a Lei 8142, era ainda necessário precisar os recursos do nível federal para a saúde e os mecanismos de alocação de recursos para os níveis subnacionais.	Salienta que, no início da década de 1980, o Fundo da Previdência e Assistência Social estava perdendo sua capacidade de custear as despesas da assistência medica devido a problemas na arrecadação e à maior demanda de recursos da rede privada de saúde contratada ou conveniada com o INAMPS.	Afirma que, apesar do reconhecimento governamental do inadequado padrão de financiamento, não foram aumentadas os recursos financeiros para a implementação do SUS. Continuou-se com o subfinanciamento público e a redução da participação do Governo Federal no financiamento do SUS.
6	Médici AC, 1992	Analisar o financiamento da saúde no Brasil, a partir da proposta de reforma fiscal promovida pelo Poder Executivo, no contexto da crise fiscal no Brasil na década de 1980 e início da década de 1990	Ensaio crítico	Não discute	Discute o projeto de lei de reforma fiscal, proposto pelo governo de Collor de Mello, o qual procurava modificar o artigo 195 da Constituição de 1988, para aumentar a participação do orçamento fiscal no financiamento da Seguridade Social, e criar a Contribuição sobre as Transações Financeiras, a qual iria eliminar ou reduzir	Não discute	Não discute	Afirma que o projeto de lei de reforma fiscal, proposto pelo governo de Collor de Mello iria promover a transferência de parte dos gastos do SUS para sistemas de capitalização de saúde e a utilização da capacidade ociosa dos hospitais públicos para a venda de serviços de saúde ao setor privado.	Salienta que havia um muito baixo gasto público em saúde, devido ao impacto do ajuste fiscal no setor saúde ao início da década de 1990. Afirma que, se se aplicasse o projeto de lei de reforma fiscal, se reduziria os recursos para a Segurança Social e se agravaria o

					algumas contribuições sociais vigentes nessa época.				subfinanciamento público da saúde.
7	de Oliveira Júnior M, 1993	Analisar a política de financiamento da saúde no Brasil e subsidiar a elaboração de propostas para a IX Conferência Nacional de Saúde, no contexto da implementação do SUS	Ensaio crítico	Não discute	Afirma que o projeto de reforma fiscal, proposto pelo governo de Fernando Collor de Mello, iria eliminar várias fontes de financiamento da Seguridade Social e substituí-las por outras (Contribuição sobre as Transações Financeiras), mas, no final, iria reduzir o montante das suas receitas.	Não discute	Não discute	Não discute	Discute a falta de recursos financeiros adicionais para a implementação do SUS. Afirma que o subfinanciamento gerou um sistema de saúde dual, incluindo um importante segmento da população no setor privado. Salienta os Encargos Previdenciários da União como uma forma de desfinanciamento da Seguridade Social.
8	Viana AL, Queiroz MS, Ibanez N, 1995	Identificar as novas formas de ação e participação nos setores público e privado de saúde no Brasil, e as relações entre eles, no contexto da criação e o início da implementação do SUS.	Ensaio crítico	Não discute	Não discute	Discutem sobre a importância das Ações Integradas de Saúde e do SUDS no caminho para a criação do SUS, na qual foram integrados os subsistemas público e de seguro social na Seguridade Social. Salientam o rol complementar das entidades privadas sem fins de lucro no SUS, bem como a proibição de transferir recursos	Não discute	Salientam que, entre as décadas de 1970 e 1980, com a criação do INAMPS e sua excessiva concentração de recursos e poder, foi expandindo-se o atendimento à saúde focado na assistência médica curativa e hospitalar, baseada em uma estreita colaboração com o setor privado, favorecendo o fortalecimento do	Salientam que havia uma contradição entre uma conjuntura política favorável à implementação do SUS e a crise econômica da década de 1980, o qual comprometia sua sustentabilidade financeira. Reconhecem a insuficiência do financiamento para

						para as entidades privadas com fins de lucro e participação de empresas de capital estrangeiro na assistência médica.		complexo médico empresarial privado, com maior transferência de recursos para o setor privado.	implementar o SUS, segundo o seu princípio de universalidade.
9	Belmartino S, 1997	Analisar a reforma do setor saúde na Argentina, focado nas mudanças da relação entre a organização dos serviços e o financiamento da saúde, no subsistema das Obras Sociais, nas décadas de 1970, 1980 e 1990	Ensaio crítico	Não discute	Não discute	Discute o projeto de reforma do subsistema das Obras Sociais, proposta pelo governo de Menem, que propunha introduzir mecanismos de competição e livre escolha das entidades financiadoras e incluir empresas de pré-pagamento nesse subsistema. Explica que a crise financeira desse subsistema estava determinada por sua fragmentação, a falha nos mecanismos de redistribuição de recursos, e a maior transferência de recursos para o setor privado.	Não discute	Salienta o grande poder dos sindicatos, as corporações profissionais e o setor privado sobre o subsistema das Obras Sociais. Na década de 1990 continuou-se com a transferência de recursos públicos para o setor privado, devido à alta dependência dos contratos com empresas privadas para a prestação de serviços de saúde, a livre escolha de provedores de saúde, incluindo privados, e o aumento dos custos da assistência médica curativa e hospitalar.	Não discute
10	Arredondo A, Parada I, 2000	Analisar comparativamente e os efeitos da descentralização da saúde na política de financiamento da saúde em três países da América Latina: México, Nicarágua e Peru	Estudo qualitativo. Foi realizada uma revisão documental e entrevistas a atores chave do setor saúde.	Não discute	Discutem sobre as mudanças no financiamento da saúde no México, Nicarágua e Peru, no cenário da descentralização da saúde. No caso de México, destaca a criação de novas fontes de financiamento a nível estadual,	Não discute	Salienta a complexidade na relação entre a descentralização e as mudanças no financiamento da saúde na América Latina. Reconhece as tendências para a centralização e, ao mesmo tempo, as	Não discute	Assinalam que a evolução do gasto público em saúde no México, Nicarágua e Peru foi variável, no México foi diminuindo, Na Nicarágua foi aumentado e no Peru se manteve

					enquanto na Nicarágua e Peru ainda que foram propostas novas fontes de financiamento, não foram aplicadas.		tendências para a descentralização de tipo burocrático. Manteve-se uma alta dependência dos governos subnacionais das transferências financeiras do Governo Nacional.		estacionário. Nos três países houve um alto gasto de bolso em saúde.
11	Tobar F, 2000	Precisar conceitos e métodos para a análise do setor saúde, incluindo o estado de saúde da população, a política de saúde e os sistemas de saúde, no âmbito da América Latina	Ensaio crítico	Não discute	Não discute	Não discute	Não discute	Não discute	Não discute
12	Jaramillo Perez I, 2002	Analisar as tendências na reorganização dos sistemas de saúde, considerando as funções reitoras setoriais, no contexto do novo papel do Estado na América Latina	Ensaio crítico	Não discute	Salienta a necessidade de diversificar as fontes de financiamento, procurando reduzir os riscos diante das crises econômicas, como porcentagens fixas mínimos sobre as receitas gerais, incluindo todos os níveis de governo, ou impostos específicos para a saúde, embora estas possam restringir a margem de manobra da gestão orçamentaria.	Discute as tendências na reorganização dos sistemas de saúde diante do novo papel do Estado. Esse novo papel girava em torno à redução do Estado, a descentralização e a revalorização do mercado na provisão de serviços públicos. Nesse sentido, assinala a obrigação dos governos nacionais e dos ministérios de saúde de redesenhar as suas funções reitoras em saúde, incluindo a de financiamento.	Afirma que, no cenário da descentralização da saúde, no âmbito de América Latina, os governos nacionais estiveram obrigados a redesenhar a sua função de financiamento e a procurar novas fontes de financiamento nos níveis subnacionais. Salienta a necessidade que os governos nacionais garantam a estabilidade e sustentabilidade do financiamento da	Defende a participação do setor privado na saúde, especificamente no âmbito do seguro e a provisão de serviços de saúde, sob o suposto que isso disponibilizaria novos recursos financeiros para a saúde. Salienta a tendência nos sistemas de saúde à substituição do subsidio à oferta para o subsidio à demanda, incluindo seguros e provedores privados.	Não discute

							saúde nos níveis subnacionais.		
13	Bahia L, 2005	Sistematizar as matrizes interpretativas envolvidas no debate sobre o sistema de saúde no Brasil, e avançar hipóteses sobre as fronteiras de interseção público-privada que o caracterizam.	Ensaio crítico	Não discute	Não discute	Não discute	Não discute	Salienta a resistência do SUS diante das tentativas da agenda neoliberal. Assinala que o princípio da universalidade do SUS bem sendo confrontado pela antiga segmentação (antes de 1988), permitindo a coexistência entre o público (o SUS) e o privado (seguros e planos de saúde). Critica a alta participação do gasto privado no gasto total em saúde, semelhante à de outros países que promovem a privatização.	Afirma que o direito universal à saúde só poderá ser viabilizado pela ampliação e diversificação das fontes de financiamento da Seguridade Social. Salienta que o desvio das receitas da Seguridade Social, através da Desvinculação de Recitas da União, constitui um mecanismo de desfinanciamento da saúde.
14	Urriola U. R, 2007	Analisar os sistemas de saúde na América Latina desde uma abordagem de equidade, à luz das reformas do setor saúde na região nas últimas décadas	Ensaio crítico	Não discute	Discute as alternativas de financiamento para atingir a universalização da seguridade social em saúde, procurando uma maior participação dos impostos gerais no financiamento no seu financiamento, bem como incluir aos trabalhadores independentes e informais através de sistemas especiais de	Não discute	Não discute	Discute e compara as posições opostas entre autores sobre o papel dos governos nacionais no financiamento da saúde, mas focado na “modulação” do financiamento, promovendo a competência e novos mecanismos de pagamento a provedores de saúde. Afirma que as reformas do sector saúde na	Não discute

					cotizações, dentro do público.				América Latina ampliaram e intensificaram a privatização da saúde.	
15	Bahia L, 2009	Analisar as mudanças nas relações entre o público e o privado no sistema de saúde de Brasil, bem como as convergências e divergências entre as normas e os fatos no SUS	Ensaio crítico	Não discute	Não discute	Não discute	Não discute	Não discute	Afirma que, ao mesmo tempo que se implementava o SUS, os diversos governos federais deram políticas de estímulo à aquisição de planos e seguros privados de saúde, demonstrando que as tendências expansionistas do SUS não foram contrárias ao avanço da privatização da saúde. Salienta que a expansão da oferta de serviços privados e da demanda por seguros e planos privados foi acompanhado de intermediações políticas que o favoreciam.	Afirma que existia um baixo gasto público em saúde o que limitava a universalização da saúde. O gasto privado era maior do que o gasto público em saúde. Assim, o baixo gasto público permitiu a continuidade do padrão estratificado e iniquitativo na produção e distribuição das ações e serviços de saúde no Brasil.
16	Costa RM, Vieira FS, Paim CR, Zucchi P, 2011	Verificar o cumprimento da Emenda Constitucional 29 pelos Governos Estaduais no Brasil, no período 2002-2009	Estudo descritivo e de revisão da literatura	Não discute	Salientam que com a Emenda Constitucional 29 se estabeleceram as fontes de financiamento para o SUS. Nela, estabeleceu-se uma porcentagem mínima anual do montante da arrecadação de impostos nos três níveis de governo para a saúde, bem como, mediante lei	Não discute	Não discute	Não discute	Discutem o cumprimento da Emenda Constitucional 29, achando que grande parte dos Governos Estaduais não cumpriram com destinar o 12 % das suas receitas para a saúde, representando uma perda significativa	

					complementar, os critérios de rateio para os repasses fundo a fundo.				de recursos para o SUS.
17	Pinzón Florez CE, Reveiz L, Idrovo AJ, Reyes Morales H, 2014	Avaliar o efeito da relação entre o gasto público em saúde, a desigualdade de renda e o índice de marginalização sobre a mortalidade materna e infantil no México, bem como o seu efeito no desempenho do sistema de saúde, desde uma abordagem da eficiência técnica	Estudo ecológico, em 32 estados mexicanos, baseado na descrição e correlação de variáveis quantitativas	Não discute	Não discute	Discute as mudanças aplicadas na reforma do setor saúde de 2003, com a criação do Sistema de Proteção Social em Saúde e o Seguro Popular, financiado solidariamente entre o Governo Federal e os Governos Estaduais, com recursos provenientes da arrecadação de impostos, baseado em esquemas de seguro e subsídios multilaterais.	Não discute	Não discute	Não discute
18	Herrera Martínez T, 2014	Analisar o modelo de financiamento do sistema de saúde de Chile, focado na arrecadação e a mancomunação de recursos financeiros, no contexto da proposta de reforma setorial de 2014	Ensaio crítico	Não discute	Não discute	Discute a proposta de reforma do setor saúde de 2014, promovida pelo segundo governo de Michael Bachelet, inicialmente focada no subsistema privado de saúde. Propõe um modelo de financiamento solidário e de distribuição de riscos, a recuperação da arrecadação de cotizações concedidas as ISAPRE e a criação de um fundo único de saúde.	Não discute	Adverte uma transferência de recursos financeiros públicos para o setor privado através das contribuições sociais obrigatórias dos trabalhadores deixadas de arrecadar por FONASA a favor da arrecadação direta pelas ISAPRE, representando cerca de 50 % do montante da arrecadação total dessas contribuições.	Salienta que o gasto público em saúde era menor ao 50 % do gasto total em saúde (excluindo a arrecadação das ISAPRE), enquanto havia um alto gasto de bolso em saúde. Além disso, o gasto público em saúde era inferior às dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico.

19	Arredondo A, Orozco E, Aviles R, 2015	Analisar a equidade, governança e financiamento do sistema de saúde de México, no contexto das últimas reformas do setor saúde e a descentralização da saúde	Estudo quantitativo. Foi realizada uma revisão documental e entrevistas a atores chave do setor saúde, em 7 estados mexicanos.	Não discute	Não discute	Discutem sobre as estratégias para financiar a saúde, incluindo as fontes de financiamento e a alocação de recursos financeiros, no cenário da descentralização da saúde. Salienta a criação do Seguro Popular, em 2003, para o atendimento da população não filiado ao subsistema de seguro social, com financiamento baseado no subsídio à demanda-	Salienta que procurou-se fortalecer as capacidades dos Governos Estaduais no tocante à governança e o financiamento da saúde. No entanto, continuou-se com a centralização na tomada de decisões e limitados espaços de participação na discussão sobre o financiamento da saúde. Manteve-se uma alta dependência dos Governos Estaduais das transferências financeiras do Governo Federal.	Não discute	Não discute
20	Rizzotto ML, Campos GW, 2016	Atualizar as discussões sobre a perspectiva política e o papel do Banco Mundial na elaboração de políticas de saúde no Brasil	Ensaio crítico. Analisou-se relatórios técnicos e projetos de saúde financiados pelo Banco Mundial no Brasil, entre 2000 e 2015.	Não discute	Não discute	Não discute	Não discute	Critica o pensamento neoliberal e a oposição à construção de sistemas universais de saúde do Banco Mundial trás as fortes críticas em relação à capacidade financeira do Estado para implementar o princípio da universalidade do SUS, bem como a defesa de reformas que permitissem uma maior participação do setor privado na saúde,	Não discute

								favorecendo a conformação do complexo industrial financeiro da saúde.	
21	Mendoza-Arana PJ, Rivera-Del Río G, Gutiérrez-Villafuerte C, Sanabria-Montañez C, 2018	Caracterizar o processo da reforma do setor da saúde no Peru, expressa publicamente em 2013, identificando os seus principais avanços e desafios pendentes	Sistematização de experiências. Realizou-se uma revisão documental e entrevistas a atores chave do setor saúde, em 2015, tomando como referência o período 2005-2015.	Não discute	Não discute	Discutem sobre a reforma do setor saúde de 2013, baseada nas propostas do Conselho Nacional de Saúde, que procuravam o avanço da política de asseguramento de saúde, através da ampliação da cobertura populacional do Seguro Integral de Saúde e a separação de funções de financiamento e provisão de saúde dos subsistemas públicos, incluindo o Seguro Social de Saúde.	Não discute	Não discute	Não discute
22	Saldiva PH, Veras M, 2018	Analisar os logros e desafios do SUS de Brasil, focado no financiamento, a gestão dos recursos financeiros e o acesso à saúde, no período de 2000 a 2011.	Ensaio crítico	Não discute	Não discute	Não discute	Discutem sobre a menor participação do Governo Federal no financiamento do SUS, enquanto a participação dos governos subnacionais foi aumentando progressivamente, apesar de estes últimos terem maiores problemas tributários e a menor arrecadação tributária.	Afirmam que o Governo Federal incentivou a criação de planos e seguros privados de saúde mais acessíveis economicamente, mas com menos cobertura para doenças graves. Assim, quando acontecia uma doença grave ou se precisava de um procedimento de alto custo, a falta de cobertura impunha custos adicionais ao SUS.	Comparam o gasto total em saúde e o acesso aos serviços de saúde no Brasil com países com os maiores gastos totais em saúde e com países com sistemas universais de saúde. Afirma que os principais problemas do SUS era tanto o insuficiente financiamento como a inadequada gestão dos recursos

									financeiros para a saúde.
23	Cid Pedraza C, 2020	Analisar o financiamento para a implementação das redes integradas de serviços de saúde, no âmbito de América Latina o Caribe	Ensaio crítico	Não discute	Não discute	Não discute	Não discute	Salienta a importância da “Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde”, para lograr cobertura universal, e proteção financeira. No entanto, prioriza a eficiência e equidade na utilização dos recursos financeiros, e se enfoca na discussão sobre os mecanismos de pagamento a provedores de saúde organizados em redes integradas, independentemente de serem prestadores públicos ou privados.	Não discute

2.6.1. Eixo temático 1: Financiamento da saúde durante processos constituintes ou a implementação de novas constituições políticas

Neste eixo temático, os autores latino-americanos, brasileiros (MEDICI, 1987; MONTI, 1992; MULLER NETO, 1989) e chilenos (CASTAÑEDA, 1987), incluem em seus estudos a discussão sobre a questão do financiamento dos sistemas de saúde durante processos constituintes ou a implementação de novas constituições políticas.

No Brasil, **Medici** (1987) analisa a estrutura de financiamento e o gasto em saúde no Brasil, a partir dos seus componentes e as entidades responsáveis pela gestão do sistema de saúde, no cenário da Comissão Nacional de Reforma Sanitária para a criação do novo sistema de saúde. Dessa última saíram propostas para a criação do novo sistema de saúde, as quais foram utilizadas pelos membros da Assembleia Nacional Constituinte para a discussão sobre as questões da saúde a incorporar na nova constituição política (a Constituição de 1988).

Muller Neto (1989) analisa o financiamento, a programação orçamentaria e a administração financeira no sistema de saúde no Brasil, desde a perspectiva dos municípios, no cenário do início da implementação da Constituição de 1988. O autor salienta o estabelecimento constitucional das fontes de financiamento para a Seguridade Social, incluindo a saúde (o SUS): o orçamento fiscal do Governo Federal e dos Governos Estaduais e Municipais; as contribuições sociais obrigatórias dos empregadores e trabalhadores sobre a folha de pagamento de salários, o faturamento e o lucro; e as receitas dos recursos prognósticos (MULLER NETO, 1989).

No entanto, Muller Neto (1989) enfatiza sua preocupação devido à diminuição da participação do Governo Federal no orçamento da Seguridade Social¹ e sua alta dependência dos recursos previdenciários, já que a arrecadação desses recursos se tornava vulnerável diante das crises econômicas. Além disso, o autor enfatiza sua preocupação pela diminuição da participação da saúde nas despesas do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social, devido à priorização dos seus recursos para a Previdência Social (MULLER NETO, 1989). Nesse sentido, Muller Neto explica o seguinte:

Um outro problema é que as despesas da previdência social são direitos objetivos e individualizados e como o justo avanço dos direitos sociais

¹ Esta situação ocorreria ainda que a Constituição de 1988 obrigasse a uma maior participação do Governo Federal no financiamento da saúde, com um mínimo de 30% do orçamento da Seguridade Social para a saúde.

previdenciários gera necessidade de maior dispêndio de recursos, é de se prever uma possível compreensão da participação do Setor Saúde apesar de que nas Disposições Transitórias esta participação ficou fixada em 30 % do orçamento da Seguridade Social, até a aprovação da Lei das Diretrizes Orçamentárias. (MULLER NETO, 1989)

Monti (1992) assinala que as propostas sobre o financiamento para o novo sistema de saúde no Brasil (o SUS), surgidas na VIII Conferência Nacional de Saúde, foram tomadas pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária (1986-1987) e, após, pela Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988), sendo várias delas abrangidas pela Constituição de 1988. Nesse sentido, Monti assinala o seguinte:

Propunha em termos gerais: unificação dos órgãos responsáveis pela área da saúde, com transferência, no âmbito federal, das atribuições do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) para o Ministério de Saúde (MS); integração das esferas de Governo Federal, estaduais e municipais; descentralização progressiva do sistema; universalização do atendimento; regionalização e hierarquização do sistema [...]; fortalecimento do setor público e atuação do setor privado caracterizada pela complementação ao primeiro; e a participação da sociedade em conselhos de saúde. (MONTI, 1992, p. 40)

No Chile, **Castañeda** (1987) analisa o processo da reforma do setor saúde no Chile, no período 1979-1985², no cenário da ditadura militar (1973-1990). Essa reforma foi baseada nas disposições sobre a saúde estabelecidas na Constituição Política de 1980, aprovada pelo Decreto Lei 3464, cuja elaboração foi influenciada pelas ideias neoliberais introduzidas no país desde meados da década de 1970. Embora não explique as questões específicas da saúde estabelecidas nessa Constituição, o autor salienta a importância das mudanças estruturais na economia orientadas para o mercado, bem como aquelas que afetaram os setores sociais:

No Chile, ocorreram importantes mudanças estruturais nos últimos anos. Os mais conhecidos são aqueles que afetam a estrutura da economia, tais como a abertura do intercâmbio, ênfase no mercado livre e redução do papel do setor público. No entanto, são tão importantes como estas mudanças foram introduzidas nos setores sociais. Foram postas em prática políticas que se baseiam nos subsídios diretos e que encaminham as despesas fiscais para os grupos mais pobres da população. Simultaneamente, em cada setor social produziram modificações consideráveis na organização, administração e financiamento. (CASTAÑEDA, 1987, p. 544)

Na América Latina, ao longo das últimas décadas, ocorreram diversos processos constituintes na maioria dos países, tanto em governos de ditadura militar (como no Chile)

² Até 1979, o sistema de saúde chileno estava conformado pelo Serviço Nacional de Saúde e o Serviço Médico Nacional dos Empregados (SERMENA).

quanto em governos de transição para a democracia (como no Brasil). Cada um desses processos apresentou diferenças particulares devido aos seus próprios contextos políticos, econômicos e sociais, assim como a recepção variada das ideias e políticas neoliberais que marcaram o início da década de 1980 na região.

No caso do Brasil, ocorreram mudanças estruturais significativas no setor da saúde, orientadas pela concepção da saúde como um direito universal garantido pelo Estado. Isso resultou na unificação dos diversos subsistemas públicos da época, assim como numa nova política de financiamento da saúde, com a participação do orçamento da Seguridade Social e do orçamento fiscal nas três esferas de governo. Nesse sentido, a Constituição Política de 1988 significou um novo momento político-institucional no Brasil ao definir políticas sociais abrangentes, incluindo o reconhecimento da saúde como um direito social vinculado à cidadania, embora não isento de contradições para a sua efetivação (BAPTISTA; MACHADO; DE LIMA, 2009).

Pelo contrário, no caso de Chile, é importante destacar que o processo constituinte foi fortemente influenciado das ideias neoliberais. Como resultado, as políticas sociais, incluindo a saúde, foram concebidas predominantemente como políticas assistenciais focalizadas para os grupos populacionais mais vulneráveis. Nesse sentido, Chile é considerado o pioneiro na América Latina a implementar reformas estruturais neoliberais, promovendo a expansão da lógica de mercado nos setores sociais e reafirmando o caráter subsidiário do Estado (DE OLIVEIRA; MACHADO; HEIN, 2019).

No entanto, não foram encontrados outros estudos que abordem o financiamento dos sistemas de saúde para vários outros países da América Latina que passaram por processos constituintes ou de implementação de novas constituições políticas durante as últimas décadas, tais como Colômbia (1991), Paraguai (1992), Peru (1993), Equador (1998 e 2008), Venezuela (1999), Bolívia (2009) e República Dominicana (2010) (NOLTE, 2013).

2.6.2. Eixo temático 2: Financiamento da saúde durante processos de reformas fiscais ou tributárias e busca por novas fontes de financiamento para a saúde

Neste eixo temático, os autores latino-americanos, vários brasileiros (COSTA et al., 2011; GUIMARÃES, 1991; MEDICI, 1987; MÉDICI, 1992; MULLER NETO, 1989) e outros (ARREDONDO; PARADA, 2000; JARAMILLO PEREZ, 2002; URRIOLO U.,

2007), incluem em seus estudos a discussão sobre a questão do financiamento dos sistemas de saúde durante processos de reformas fiscais ou tributárias e busca por novas fontes de financiamento para a saúde.

No Brasil, **Medici** (1987) assinala a existência de graves problemas exógenos do financiamento da saúde no Brasil (fora do setor saúde), expressado em uma insuficiente arrecadação de recursos financeiros para a saúde, cuja solução exigia de uma reforma tributária estrutural e progressiva, a qual dependia, por sua vez, de uma forte e ampla vontade política para implementá-la.

Segundo Medici (1987), na época, havia uma alta dependência da saúde dos recursos previdenciários no financiamento da saúde. Em relação às receitas para a saúde, em 1986, se estimava a seguinte composição: 87,7% do Fundo de Previdência e Assistência Social, 4,5% do orçamento fiscal do Governo Federal, 4,3% do Fundo de Investimento Social, e a restante de outras fontes. Enquanto ao gasto em saúde, em 1982, se estimava que o gasto público representava o 62,2% do gasto total em saúde (39% da União [9% do orçamento fiscal e 31% da previdência social], 15% dos estados e 7% dos municípios), e o gasto privado o 37,7% do gasto total em saúde (MEDICI, 1987).

Nesse cenário, Medici (1987) assinala que, em 1981, antes da Reforma Sanitária, aumentou-se a alíquota das contribuições sociais obrigatórias das empresas e os trabalhadores urbanos³, em resposta à queda dessas receitas, devido à crise econômica da década de 1980, demonstrando assim a fragilidade financeira dessa fonte de financiamento em tempos de crises econômica. Além disso, aumentou-se a alíquota sobre o rendimento dos trabalhadores autônomos, contribuintes em dobro (facultativa) e ministros de profissão religiosa, ao redor de 19,5%; e foi criada uma contribuição social obrigatória de 3% sobre o benefício para os aposentados e pensionistas, a qual foi extinta em 1986 (MEDICI, 1987).

Através da Constituição de 1988, e com a criação do SUS, foram estabelecidas mudanças no financiamento da saúde, o que na prática constituíram uma reforma tributária no âmbito da Seguridade Social, entre elas: a criação de fundos de saúde nos três níveis de governo, a integração dos recursos financeiros para a saúde provenientes da Seguridade Social, do orçamento fiscal e de fundos sociais, a fixação de porcentagens do orçamento fiscal nos três níveis de governo, e os repasses fundo a fundo do Governo

³ Em 1981, a alíquota das contribuições obrigatórias das empresas e os empregados urbanos passaram de 8% para 10%.

Federal para os Governos Estaduais e Municipais e dos Governos Estaduais para os Governos Municipais (MEDICI, 1987).

Muller Neto (1989) explica as propostas que fizeram os governos municipais para melhorar o financiamento da saúde no Brasil, no cenário da implementação do SUDS, os quais reivindicaram a necessidade de uma reforma tributária que incluía a criação de fundos de saúde nos três níveis de governo, a fixação de uma porcentagem do orçamento municipal para a saúde (mínimo de 10%) e a eliminação de condicionamentos para a alocação de recursos financeiros do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Várias dessas propostas foram ratificadas no IV (1987) e V (1988) Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde⁴. Além disso, a implementação do SUDS possibilitou a universalização da assistência médica, a priorização dos repasses de recursos financeiros do INAMPS para o setor público e um aumento significativo do montante desses repasses para os Governos Estaduais e Municipais (MULLER NETO, 1989).

Muller Neto (1989) salienta a reforma tributária promovida pela Constituição Política de 1988. No âmbito municipal, foram criados novos impostos municipais, e foram aumentados os percentuais dos impostos arrecadados pelo Governo Federal para o Fundo de Participação dos Municípios⁵. No entanto, o autor considera que essa reforma tributária seria insuficiente para permitir a autonomia financeira dos Municípios:

Alguns autores tem assinalado os limites desta Reforma, principalmente por manter o estreitamento das bases de recursos existentes no sistema tributário anterior, devido a rejeição do princípio de progressividade, permanência de isenções fiscais de alguns segmentos econômicos como exportação, agricultura e setor terciário e por manter intacto o sistema de incentivos fiscais. (MULLER NETO, 1989, p. 26)

No cenário da elaboração da Lei Orgânica de Saúde, Muller Neto (1989) assinala a necessidade de consolidar as fontes de financiamento para a saúde, considerando as propostas feitas no VI Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Essas propostas incluíam a fixação de uma porcentagem mínima de 35% do orçamento da Seguridade Social e o 13% dos orçamentos fiscais do Governo Federal, dos Governos

⁴ O IV Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde foi realizado em Londrina, Paraná, em 1987, insistindo na criação dos fundos municipais de saúde. Enquanto o V Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde foi realizado em Olinda, Pernambuco, em 1988, constituindo-se o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONSENS) e insistindo na reforma tributária e a garantia de repasses de recursos financeiros do Governo Federal sem enclaves nem lentidão.

⁵ Os impostos sobre a renda e sobre os produtos industrializados foram aumentados para 22,5% do arrecadada pelo Governo Federal.

Estaduais e dos Governos Municipais destinados à saúde; a fixação de uma percentagem para a saúde sobre taxas de prêmios de seguros e de pedágio, portuárias e aeroportuárias e sobre o imposto a herança, entre outros. Embora essas propostas pareçam adequadas para aprimorar o financiamento da saúde, o autor reconhece que o financiamento é determinado pelo jogo político; portanto, alerta que decisões erradas acerca do financiamento da saúde podem frustrar a construção do SUS (MULLER NETO, 1989).

Guimarães (1991) analisa as alternativas para o financiamento da saúde no Brasil, no cenário da implementação do SUDS/SUS, no meio da crise fiscal da década de 1980. O autor coloca dois questões centrais sobre o financiamento: o modo de obtenção de recursos financeiros e o montante de recursos financeiros necessários para um determinado nível de serviços de saúde. Na primeira questão, o autor considera que é externa ao setor saúde, já que a extensão da responsabilidade do Estado na saúde, bem como os recursos para esse fim, estão determinados pelos mesmos princípios que determinam as políticas econômicas e sociais ao interior dos países (considerando o predomínio de uns princípios [universalidade, equidade, integralidade, etc.] sobre outros antagônicos): *“A determinação do modo de obtenção dos recursos não é um problema interno do sistema sanitário. [...] Essa colocação deve ser bem compreendida para evitar a ilusão de colocar a limitação da despesa como razão central das escolhas sanitárias.”* (GUIMARÃES, 1991, p. 23).

Em relação as alternativas de fontes de financiamento, Guimarães (1991) assinala que houve consenso ao redor do aumento da participação do Governo Federal no financiamento do SUS (através do orçamento fiscal), bem como a necessidade de definir porcentagens mínimos de orçamento fiscal para a saúde nos três níveis de governo, reduzindo assim a dependência dos recursos previdenciários. Nesse sentido, o autor salienta a necessidade de estruturar uma nova base financeira para a saúde, misturando recursos orçamentários dos três níveis de governo e as contribuições sociais obrigatórias, tanto sobre a folha de pagamento de salários quanto sobre o lucro das empresas (GUIMARÃES, 1991).

Medici (1992) discute as implicações para o financiamento da saúde de uma proposta de reforma fiscal no Brasil, promovida pelo governo de Fernando Collor de Mello (1990-1992), através de um projeto de lei de reforma constitucional apresentado pelo Poder Executivo ao Congresso da República. O autor assinala que esse projeto de lei era uma estratégia para reduzir a inflação, envolvendo uma política monetária restritiva, um ajuste fiscal e medidas par aumentar a produtividade e competitividade, além de

cumprir as metas acordadas com o Fundo Monetário Internacional para a renegociação da dívida externa. Mesmo assim, procurava-se modificar a natureza da base tributária, através da ampliação da base tributária de pessoas físicas e jurídicas, a redução da carga tributária das empresas, a eliminação de alguns tributos⁶, e a redução dos gastos fiscais e as despesas previdenciárias (MÉDICI, 1992).

Medici (1992) explica que esse projeto de lei propunha a modificação do artigo 195 da Constituição Política de 1988 (sobre o financiamento da Seguridade Social) para que a saúde fosse financiada principalmente pelo orçamento fiscal das três esferas de governo. Também se propunha a criação de novas fontes de financiamento, como a Contribuição sobre as Transações Financeiras, mantendo as receitas de concursos de prognósticos, com o fim de reduzir ou eliminar progressivamente algumas contribuições sociais vigentes nessa época. Especificamente, essa contribuição iria substituir progressivamente as contribuições sociais sobre o lucro líquido, o Programa de Integração Social, o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público e o Fundo de Investimento Social, até sua eliminação, e iria reduzir a alíquota da contribuição social dos empregadores sobre a folha de pagamento de salários. No entanto, o autor adverte que a aplicação dessas propostas, ainda no cenário mais favorável, significaria uma perda líquida de arrecadação de recursos para a Seguridade Social, incluindo a previdência, saúde e assistência social, bem como o seguro de desemprego (MÉDICI, 1992).

Oliveira Junior (1993) concorda com Medici (1992) que a proposta de reforma fiscal no Brasil, promovida pelo governo de Fernando Collor de Melo, no que diz respeito à saúde, teria o efeito de eliminar várias fontes de financiamento da Seguridade Social, substituindo-as pela Contribuição sobre as Transações Financeiras. O autor argumenta que essa substituição não obteria o mesmo nível de recursos, o que acabaria por reduzir o montante das receitas destinadas à saúde. Para o autor, o objetivo geral dessa proposta não seria somente aumentar a arrecadação tributária do Governo Federal, mas também diminuir a carga tributária dos empresários, mas à custa dos trabalhadores, além de não resolver os problemas estruturais do financiamento da Seguridade Social. Nesse sentido, Oliveira Junior assinala o seguinte:

Essa proposta de reforma fiscal extingue fontes que correspondem a mais de 45 % dos recursos da Seguridade Social, criando para substituí-las uma

⁶ Essas medidas incluíam a eliminação de tributos como o Fundo de Investimento Social, o Programa de Integração Social, o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público ou o Imposto sobre Operações Financeiras, além de outras contribuições para-fiscais.

contribuição sujeita a enorme evasão de receita, que é a Contribuição sobre Transações Financeiras. (OLIVEIRA JÚNIOR, 1993, p. 63)

Esa proposta levará a uma diminuição na taxação das empresas e um aumento para os assalariados, não somente pela cobrança de alíquotas maiores para os que ganham menos, como também pela bitributação de seus salários, já que além do desconto em folha pagariam também a Contribuição sobre Transações Financeiras, uma vez que parte considerável da massa salarial dificilmente deixará de passar pelo sistema financeiro. (OLIVEIRA JÚNIOR, 1993, p. 64)

Costa et al. (2011) salientam que através da Emenda Constitucional 29, aprovada em 2000, se deram disposições para garantir os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no Brasil. Nessa Emenda Constitucional se estabeleceu a aplicação de uma porcentagem mínima anual do montante da arrecadação de impostos nos três níveis de governo, deduzidas as parcelas transferidas aos níveis subnacionais. As porcentagens definidas nessa Emenda Constitucional iriam ser temporais até a aprovação de uma lei complementar, a qual iria estabelecer as porcentagens permanentes desses recursos para a saúde para cada um dos três níveis de governo, bem como os critérios de rateio de alocação de recursos financeiros aos governos subnacionais (repasses fundos a fundo) (COSTA et al., 2011).

No entanto, Costa et al. (2011) assinalam que na Emenda Constitucional 29 foi provisoriamente previsto porcentagens da arrecadação dos governos subnacionais para a saúde: 12% para os Governos Estaduais e 15% para os Governos Municipais, até o 2004 ou aprovação da lei complementar. Assim, Costa et al. afirmam o seguinte:

Desse modo, a EC-29/2000 procurava garantir recursos estáveis para a saúde, diante das crônicas oscilações no volume dos gastos públicos, fazendo com que as esferas subnacionais, sobretudo os Estados, aumentassem sua participação no financiamento do SUS.

A EC-29 foi criada com o objetivo de evitar a repetição dos problemas que comprometeram o financiamento do SUS nos anos 90'.

Como é sabido, nessa década não existia uma legislação que determinasse o quanto que Estados, Distrito Federal ou Municípios deveriam destinar à saúde, logo, a verba destinada era conforme determinação das esferas de uma forma irregular. (COSTA et al., 2011, p. 136)

Em relação ao cumprimento dessa Emenda Constitucional, Costa et al. (2011) encontraram que, em 2002, 23 Governos Estaduais não cumpriram destinaram menos de 12% da sua arrecadação para a saúde, com uma perda de R\$ 1,66 bilhões; e em 2009, 5 Governos Estaduais ainda não tinham cumprido com o disposto nessa Emenda Constitucional, enquanto 12 tinham destinado entre 13 a 23 % da sua arrecadação para a saúde. Esses autores assinalam que, segundo outros pesquisadores, em 1998, 1500

governos municipais tinham destinado ao menos o 15% da sua arrecadação para a saúde; enquanto o Governo Federal, em 2007 e 2008, não tinha cumprido com o disposto nessa Emenda Constitucional (COSTA et al., 2011).

Mesmo assim, Costa et al. (2011) assinalam que, segundo outros pesquisadores, houve uma redução progressiva da participação do Governo Federal no gasto público do SUS. Em 2000, 59% do gasto em ações de saúde foram recursos do Governo Federal; em 2001, 56%; em 2002, 53%; e em 2003, 48%. Assim, os autores afirmam que: *“Constate-se que, se de um lado há uma diminuição da participação da União, por outro, há o consequente aumento relativo dos gastos em saúde para os Estados e Municípios.”* (COSTA et al., 2011, p. 139).

No âmbito de América Latina, **Arredondo e Parada** (2000) analisam as mudanças no financiamento da saúde, bem como a criação de novas fontes de financiamento para a saúde, no México, Nicarágua e Peru, no cenário dos processos de descentralização nesses países, na década de 1990. No México, as fontes de financiamento e fundos para a saúde estiveram sob responsabilidade compartilhada entre o Governo Federal e os Governos Estaduais, e foram criadas novas fontes de financiamento no nível estadual (embora o texto não explique quais foram essas novas fontes). Na Nicarágua, foi elaborada uma proposta para aplicar projetos pilotos de novas fontes e fundos de financiamento nos níveis subnacionais, porém nenhuma alternativa financeira foi efetivamente aplicada. No Peru, foram identificadas alternativas financeiras nos níveis subnacionais, entretanto, nenhuma delas foi aplicada.

Jaramillo Pérez (2002) salienta a necessidade de diversificar as fontes de financiamento para a saúde na América Latina, compensando as variações negativas das despesas de umas fontes com as variações positivas das despesas de outras fontes, no cenário das recorrentes crises econômicas, procurando assim garantir uma maior estabilidade financeira para a saúde. Além disso, o autor assinala que em alguns países tem sido aplicado porcentagens mínimas das receitas gerais (receitas tributárias [incluindo impostos] e não tributárias), tanto dos governos nacionais quanto dos governos subnacionais (às vezes em complemento das transferências do Governo Nacional), bem como impostos específicos para a saúde (por exemplo, impostos sobre loterias, álcool ou armas e munições). No entanto, o autor manifesta a sua preocupação por esses tipos de fontes de financiamento, pela possibilidade de restringir a margem de “manobra” na gestão do orçamento público (JARAMILLO PEREZ, 2002).

Urriola (2007) considera que os principais problemas de financiamento da saúde na América Latina era a evasão nas contribuições sociais obrigatórias, a tendência dessas contribuições para se constituírem como um modelo de financiamento regressivo, e a oposição dos grupos de maior rendimento a diversas formas de contribuições sociais solidárias. Além disso, o autor explica que o estabelecimento de contribuições sociais obrigatórias apenas pagas pelos trabalhadores, desligaria os empregadores da responsabilidade pela Seguridade Social, transformando uma responsabilidade social em uma responsabilidade individual, à semelhança do que estava ocorrendo na Previdência Social na maioria dos países de AL (URRIOLA U., 2007).

Além disso, Urriola (2007) salienta que, dada a grande informalidade laboral e a queda da massa de trabalhadores formais em períodos de crise econômica na América Latina⁷, a melhor opção para atingir a universalização da Seguridade Social em saúde seria promover uma maior participação dos impostos gerais no financiamento da saúde. Mesmo assim, o autor assinala que, para incluir aos trabalhadores independentes ou informais na Seguridade Social em saúde, uma opção seria promover sistemas especiais de cotizações (dentro do público), com pagamentos reduzidos, únicos e equitativos, segundo o seu nível de renda, isto em oposição a opção de promover a compra de seguros de saúde privados pelos trabalhadores independentes, o que demonstrou que gera maior inequidade e aumenta o gasto total em saúde, em geral, e o gasto privado em saúde, em particular (URRIOLA U., 2007).

Na América Latina, não foram publicados muitos estudos que abordem diretamente nem especificamente os efeitos das reformas fiscais ou tributárias sobre o financiamento da saúde. A maioria desses estudos concentram-se no tema do espaço fiscal para a saúde, com a preocupação pela insuficiência do crescimento econômico como fonte para gerar recursos financeiros adicionais para a saúde. No entanto, esses estudos discutem o financiamento da saúde influenciados pela estratégia da Cobertura Universal da Saúde, promovida pela OMS/OPAS (CID PEDRAZA et al., 2018; MATUS-LÓPEZ et al., 2018; MATUS-LÓPEZ; PRIETO TOLEDO; CID PEDRAZA, 2016; PEDRAZA; MATUS-LÓPEZ; BÁSCOLO, 2018; TOLEDO; GINOCCHIO; CID-PEDRAZA, 2018).

⁷ Entre 1990 e 2003, o emprego informal na América Latina aumento de 42,8% para 46,7%. No mesmo período, a massa de trabalhadores formais e informais que contribuíram para a Seguridade Social diminuiu de 66,6% para 63,6%.

Nesses estudos, embora não aprofundem a discussão sobre o processo de reforma fiscal ou tributária, reconhece-se que a maioria dos países de América Latina tem sistemas tributários são regressivos, baseados principalmente em impostos indiretos. Contudo, nesses estudos, defende-se de forma moderada as reformas fiscais estruturais e progressivas, considerando apenas os impostos diretos sobre a renda e a propriedade como desejáveis para melhorar a equidade em geral e alcançar melhores resultados sanitários (CID PEDRAZA et al., 2018; MATUS-LÓPEZ et al., 2018; MATUS-LÓPEZ; PRIETO TOLEDO; CID PEDRAZA, 2016; PEDRAZA; MATUS-LÓPEZ; BÁSCOLO, 2018; TOLEDO; GINOCCHIO; CID-PEDRAZA, 2018).

Em relação às fontes do espaço fiscal para a saúde, os estudos desatacam a maior arrecadação tributária como uma das potenciais fontes para aumentar o espaço fiscal para a saúde, seja por meio do aumento da alíquota dos tributos ou contribuições sociais existentes ou pela criação de novos tributos ou contribuições sociais destinados à saúde, incluindo a redução do gasto fiscal ou renúncias fiscais e, em menor medida, a aplicação de impostos sanitário-específicos (conhecidos como “sin-taxes” ou “earnmarked”). No entanto, considera-se que o aumento da arrecadação tributária por meio de reformas tributárias progressivas é mais complexo e menos factível politicamente do que outras alternativas para aumentar o espaço fiscal para a saúde, à luz da experiência de recentes reformas tributárias na América Latina. Mesmo assim, há uma maior vontade política para ampliar a base tributária, mas sem fazer mudanças significativas nos tributos diretos (CID PEDRAZA et al., 2018; MATUS-LÓPEZ et al., 2018; MATUS-LÓPEZ; PRIETO TOLEDO; CID PEDRAZA, 2016; PEDRAZA; MATUS-LÓPEZ; BÁSCOLO, 2018; TOLEDO; GINOCCHIO; CID-PEDRAZA, 2018).

Nesse sentido, os estudos reconhecem que as propostas de aumento do imposto à renda, redução dos gastos fiscais ou aumento das contribuições para a seguridade social requerem decisão política e amplo diálogo entre os atores envolvidos, devido à capacidade de lobby, resistência e oposição entre os afetados, além de considerar outras variáveis econômicas e políticas devido à alta informalidade laboral e a segmentação dos sistemas de saúde (CID PEDRAZA et al., 2018; MATUS-LÓPEZ et al., 2018; MATUS-LÓPEZ; PRIETO TOLEDO; CID PEDRAZA, 2016; PEDRAZA; MATUS-LÓPEZ; BÁSCOLO, 2018; TOLEDO; GINOCCHIO; CID-PEDRAZA, 2018).

Por outro lado, no Brasil, alguns autores criticam que a política fiscal não está servindo como instrumento de política para a distribuição da riqueza no país. Esses autores destacam que, em vez de priorizar uma reforma fiscal que aumente a

progressividade do sistema tributário e reduza a evasão fiscal, tem-se dado prioridade à aplicação de políticas de ajuste fiscal sobre o gasto público social, o que, por consequência, afetam a maioria da população (FUNCIA; NORONHA, 2023; SILVEIRA; PASSOS; GUEDES, 2018).

2.6.3. Eixo temático 3: Financiamento da saúde durante processos de reforma do setor saúde

Neste eixo temático, os autores latino-americanos, brasileiros (GUIMARÃES, 1991; MEDICI, 1987; MONTI, 1992; VIANA; QUEIROZ; IBANEZ, 1995), chilenos (CASTAÑEDA, 1987; HERRERA, 2014), mexicanos (ARREDONDO; OROZCO; AVILES, 2015; PINZÓN FLOREZ et al., 2014), argentinos (BELMARTINO, 1997), peruanos (MENDOZA-ARANA et al., 2018) e outros autores (JARAMILLO PEREZ, 2002; URRIOLOA U., 2007), incluem em seus estudos a discussão sobre a questão do financiamento dos sistemas de saúde durante processos de reforma do setor saúde.

No Brasil, **Medici** (1987) salienta a necessidade de fazer mudanças estruturais no sistema de saúde, diante das propostas de criação de um sistema de saúde universal e equitativo, com atendimento para toda a população, vinculada a sua condição de cidadania, no cenário da Reforma Sanitária da década de 1980. Esse novo sistema de saúde deveria superar a dicotomia estabelecida pela reforma previdenciária de 1967: por um lado, o INAMPS, que fornecia assistência médica restrita aos trabalhadores formais, e, por outro lado, o Ministério de Saúde que fornecia ações de saúde e vigilância epidemiológica focada na população pobre (MEDICI, 1987).

Nessa época, o subsistema público estava financiado pelos recursos da arrecadação tributária do Governo Federal, bem como pelos recursos dos fundos sociais, como o Fundo de Investimento Social, o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social, etc.⁸, principalmente para o financiamento das ações de saúde e vigilância epidemiológica; além de orçamento dos Governos Estaduais e Municipais, com recursos provenientes das suas próprias receitas tributárias e os recursos financeiros alocados pelo Governo Federal, principalmente para o financiamento da assistência médica a nível local. Enquanto o subsistema de seguro social estava financiado pelos recursos do

⁸ Os recursos dos fundos sociais junto com os do Fundo da Previdência e Assistência Social atingiam aproximadamente o 93% da receita tributária da União.

Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social⁹, provenientes das contribuições sociais obrigatórias dos empregados e trabalhadores, bem como dos aportes compensatórios do Governo Federal, mancomunados no Fundo de Previdência e Assistência Social, principalmente para o financiamento da assistência médica de tipo hospitalar (MEDICI, 1987). No entanto, Medici salienta que esses recursos financeiros não eram suficientes para garantir o direito universal a saúde:

Os problemas de financiamento das ações de saúde no Brasil podem ser divididos em dois blocos: os exógenos -decorrentes da inadequação entre a sistemática de financiamento e a mudança das finalidades do sistema de saúde, sem alterações correspondentes em sua arquitetura organizacional e nos fluxos financeiros- e os endógenos -relativos à ineficácia do sistema de financiamento, sua pulverização, seu caráter regressivo, a ausência de programação financeira e a fragilidade dos mecanismos de sustentação financeira quando de uma recessão econômica (MEDICI, 1987, p. 575).

Nesse cenário, Medici (1987) salienta as propostas feitas na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e a Comissão Nacional de Reforma Sanitária: a criação de fundos de saúde nos três níveis de governo, integrando os recursos do orçamento fiscal do Governo Federal, da previdência social e dos fundos sociais; a fixação de porcentagens de recursos do orçamento fiscal dos três níveis de governo (12%) e da previdência social (45%) para a saúde; e a substituição progressiva de recursos da previdência social por recursos do orçamento fiscal, a prioridade de investimento no setor público, junto com a eliminação da transferência de recursos do FAS para o setor privado.

Guimarães (1991) considera que a consolidação da Reforma Sanitária no Brasil precisa de uma adequada abordagem do financiamento da saúde. Nesse sentido, o autor salienta que as decisões sobre as alternativas para o financiamento dos sistemas de saúde são desenvolvidas em um processo político, o qual reflete o que acontece no âmbito econômico, político e social do país na qual estão inseridos. Além disso, o autor salienta que o nível de gasto em saúde e sua prioridade sobre outros setores produtivos dependem da situação econômica e da abordagem política das questões sociais, bem como pela perspectiva predominante sobre o gasto em saúde, como consumo final, para melhorar o

⁹ Os recursos do Fundo da Previdência e Assistência Social provinham principalmente das contribuições sociais obrigatórias sobre a folha de pagamento de salários das empresas (8%) e dos trabalhadores (8%), o valor dos serviços prestados pelos trabalhadores autônomos (16%) e os rendimentos declarados pelos empregadores (16%); remuneração pela prestação de serviços de arrecadação, fiscalização e cobrança; outras receitas patrimoniais, industriais e financeiras; doações e subvenções recebidas (inclusive da União); e receitas de outras entidades integrantes do SINPAS.

bem-estar e a qualidade de vida das pessoas, ou despesa produtiva, para contribuir ao crescimento econômico do país (GUIMARÃES, 1991).

Guimarães (1991) afirma que, segundo outros autores, os processos de reforma do setor saúde que procuraram fundar-se nos princípios de universalidade, equidade e integralidade tiveram que transitar por extensos períodos de maturação, negociação e participação social para o conseguir, devido principalmente aos confrontos políticos que surgiram nesses processos. No caso de Brasil, Guimaraes explica o seguinte:

Entretanto, no Brasil, o momento atual exige uma maior mobilização em torno da proposta do Sistema Único de Saúde aprovado no texto constitucional [...], a qual impõe um tratamento especial as questões relativas ao planejamento e financiamento do setor, considerando-se que todas as intenções políticas da Reforma Sanitária contidas no projeto da nova Constituição podem ser frustradas pela inadequada revisão desses sistemas. A definição da base financeira do sistema e, conseqüentemente, das formas e alternativas técnicas de financiamento, se dará fundamentalmente através de um processo político, o que, ultima instancia, reflete o modelo político, econômico e social adotado em uma determinada sociedade, ou seja, a natureza do Estado e das funções que este deve desempenhar em relação às políticas sociais. (GUIMARÃES, 1991, p. 21)

Monti (1992), assinala que, com o início da Nova República no Brasil (1985), voltaram com mais intensidade as discussões sobre a reforma do setor saúde. Nesse cenário, destaca a implementação das Ações Integradas de Saúde (1983-1987)¹⁰, como uma estratégia para fortalecer a rede pública de serviços de saúde e a descentralização da saúde, através da priorização de repasses de recursos previdenciários para a própria rede pública de saúde e de repasses de recursos do orçamento fiscal do Governo Federal para os Governos Estaduais e Municipais. O autor destaca que as propostas surgidas na VIII Conferencia Nacional de Saúde, à luz da experiencia das Ações Integradas de Saúde e da implementação do SUDS, demonstraram a factibilidade do novo modelo de sistema de saúde (o SUS) (MONTI, 1992).

Além disso, Monti (1992) assinala que, no caso do Estado de São Paulo, atravessou um intenso processo de reforma do setor saúde, entre 1987 e 1990, mas após sofreu uma interrupção desse processo, devido à incapacidade do Governo Federal para continuar com a implementação do SUS, segundo o estabelecido na Constituição de 1988. No cenário do governo de Collor de Mello, no início da década de 1990, manteve-se o

¹⁰ As AIS se implementaram entre 1983 e 1987, como parte da reorganização do sistema de saúde, baseadas em um modelo de saúde integral, regionalizado, hierarquizado e universalizado.

subfinanciamento da saúde, com uma redução dos recursos financeiros transferidos do INAMPS para os níveis subnacionais (nessa época o Ministério de Saúde tinha assumido a condução do INAMPS), bem como uma redução na participação do Governo Federal no financiamento do SUS (MONTI, 1992).

Viana, Queiroz e Ibanez (1995) destacam a criação do SUS, através da aprovação da Constituição de 1988, como um dos maiores logros da Reforma Sanitária, mas reconhecendo que os primeiros logros dessa reforma foram as experiências das Ações Integradas de Saúde, no início da década de 1980, e do SUDS, entre 1987 e 1988, nas quais se priorizaram a atenção primária, a descentralização e a regulação pública das ações e serviços de saúde. O SUS integrou os subsistemas público¹¹ e privado (entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos). Foram estabelecidas constitucionalmente as fontes de financiamento do SUS, sendo as principais o orçamento da Seguridade Social e o orçamento fiscal do Governo Federal, Governos Estaduais e Municipais, além de outras fontes (VIANA; QUEIROZ; IBANEZ, 1995).

Além disso, as entidades privadas filantrópicas e sem fins lucrativos foram permitidas a participar em forma complementar do SUS, mas foi proibida a transferência de recursos financeiros públicos para entidades privadas com fins de lucro, bem como a participação de empresas de capital estrangeiro na assistência médica (VIANA; QUEIROZ; IBANEZ, 1995).

No Chile, **Castañeda** (1987) assinala que, antes da reforma do setor saúde de 1979, existiam dois subsistemas públicos: o Serviço Nacional de Saúde, criado em 1952, para o atendimento de obreiros e indigentes (aproximadamente o 60% da população), e financiado pelo Governo Nacional; e o Serviço Médico Nacional dos Empregados (SERMENA), criado em 1942, para o atendimento dos empregados e seus dependentes (aproximadamente 25% da população), e financiada pelas contribuições sociais obrigatórias sobre os salários e os copagamentos pela utilização dos serviços. No caso do SERMENA, os seus filiados tinham livre escolha de provedores de saúde, podendo optar por provedores privados de saúde (Sistema de Provedor Preferido) (CASTAÑEDA, 1987).

Segundo Castañeda (1987), sob a influência das ideias neoliberais inseridas no sistema de saúde chileno, as mudanças acontecidas entre 1979 e 1981, e formalizadas através do Decreto Lei 2763 de 1979, deram como resultado a criação do Sistema

¹¹ Antes do SUS, o subsistema público era administrado pelo Ministério de Saúde, focado nas ações e serviços de prevenção das doenças, e pelo MPS, através do INAMPS, focado nas ações e serviços curativos.

Nacional de Serviços de Saúde (SNSS), a reorganização do Ministério de Saúde, com funções principalmente focadas na condução e regulação, e a criação dos Serviços de Saúde, como organismos descentralizados do Ministério de Saúde, com função principalmente focada na administração dos serviços de saúde; a ampliação do Sistema de Provedor Preferido, uma modalidade de livre escolha de provedores de saúde, mediante a inclusão dos obreiros no SERMENA; a criação do FONASA, como entidade arrecadadora, administradora e distribuidora de recursos para os Serviços de Saúde e o Sistema de Provedor Preferencial; e a entrada das ISAPRE ao sistema de saúde, com atribuições para arrecadar contribuições sociais obrigatórias dos trabalhadores e oferecer planos privados de saúde¹² (CASTAÑEDA, 1987).

Essas mudanças foram baseadas nos pressupostos de que o Estado concentrava excessivamente quase toda a oferta de serviços de saúde, que os usuários não tinham livre escolha de provedores de saúde, e que haviam programas de saúde universais e gratuitos que incluíam a usuários com capacidade de pagamento, entre outros. Nesse sentido, promoveu-se a descentralização da saúde e a colaboração do setor privado, a livre escolha de provedores de saúde, incluindo os do setor privado, e a restrição do o subsídio na assistência médica focado em pessoas sem capacidade de pagamento, baseada no princípio da subsidiariedade do Estado, estabelecido na Constituição de 1980 (CASTAÑEDA, 1987).

Herrera (2014) analisa o modelo de financiamento do sistema de saúde de Chile, no cenário da proposta de reforma do setor saúde de 2014, durante o segundo governo de Michael Bachelet. Nessa época, foi criada uma comissão presidencial encarregada de propor uma reforma ao subsistema privado de saúde¹³. Para o autor, era necessário que essa proposta supere os principais problemas do sistema de saúde: o baixo gasto público e o alto gasto de bolso em saúde, bem como a apropriação de recursos públicos pelas ISAPRE, a fim de garantir o direito a saúde para toda a população (HERRERA, 2014).

Segundo Herrera (2014), as decisões sobre as alternativas no financiamento da saúde, ou seja, na arrecadação, mancomunação e alocação de recursos financeiros para a saúde, foram historicamente mais determinadas pelas disputas econômicas, políticas e

¹² As ISAPRE também foram autorizadas a negociar com seus afiliados as primas adicionais, a cobertura dos planos de saúde e os copagamentos.

¹³ Em 2014, Michael Bachelet criou a Comissão Assessora Presidencial, encarregada de propor o novo regímen jurídico para o subsistema privado de saúde, conformado pelas ISAPRE. No entanto, as recomendações dessa comissão tiveram um alcance maior, propondo mudanças no financiamento de todo o sistema de saúde.

sociais do que pelas necessidades de saúde da população. Nesse sentido, o autor salienta que em Chile, apesar de ter um diagnóstico adequado sobre os problemas do sistema de saúde, não se conseguiu o consenso político necessário para aplicar reformas que permitam superá-los (HERRERA, 2014).

Para Herrera (2014), essa reforma deveria promover um modelo de financiamento solidário e de distribuição de riscos financeiros, com aumento dos aportes públicos como fonte de financiamento para a saúde e redução do gasto de bolso em saúde, bem como a recuperação da arrecadação das cotizações previsionais obrigatórias concedidas às ISAPRE, permitindo assim a arrecadação de maiores recursos financeiros e sua mancomunação em um fundo único de saúde. Além disso, Herrera explica o seguinte:

Mas considerando o contexto sócio-político atual, a manutenção do sistema de segurança social com contribuições obrigatórias implica desenvolver um mecanismo que permita a progressividade deste imposto. No que respeita à acumulação de fundos, é imprescindível desenvolver um fundo único que garanta a redistribuição dos riscos e dos rendimentos. Para a gestão destes recursos, os multiseguros só poderiam ser considerados através de instituições sem fins lucrativos. A este mecanismo há que acrescentar o financiamento por impostos gerais que cobriria os problemas de saúde pública e a atenção primária, à qual toda a população deveria ter acesso. (HERRERA, 2014, p. 4)

No México, **Pinzón Flores et al.** (2014) afirmam que o financiamento da saúde foi um dos componentes essenciais das reformas do setor saúde no México, acontecidas nas últimas décadas. Na reforma setorial de 2003, foi criado o Sistema de Proteção Social em Saúde e o Seguro Popular, dirigido à população não filiada ao subsistema da Seguridade Social, incluindo uma proposta de financiamento para atingir sustentabilidade financeira, acessibilidade, equidade e eficiência no sistema de saúde. O subsistema público, representado pelo Seguro Popular, seria financiado em forma solidária entre o Governo Federal e os Governos Estaduais, com recursos provenientes da arrecadação de impostos nesses níveis de governo, baseado em esquemas de asseguramento (dotação orçamentária a partir de quotas sociais e solidárias por afiliado) e subsídios multilaterais (fundos de saúde)¹⁴. Um dos principais objetivos dessa reforma era reduzir o gasto de

¹⁴ Com a modificação da Lei Geral de Saúde, adicionou-se um capítulo sobre as contribuições para o Sistema de Proteção Social em Saúde, estabelecendo um financiamento solidário entre o Governo Federal e os Governos Estaduais. Estabeleceu-se que o Governo Federal contribuiria com uma quota social por afiliado ao Sistema de Proteção Social em Saúde e o Governo Federal e os Governos Estaduais fariam contribuições solidárias por afiliado ao Sistema de Proteção Social em Saúde. Foram criados o Fundo de Contribuições para os Serviços de Saúde a Comunidade e o Fundo de Proteção contra Gastos Catastróficos. Estabeleceu-se quotas familiares, baseadas nas condições socioeconômicas das famílias.

bolso em saúde, em geral, e o gasto catastrófico em saúde, em particular (PINZÓN FLOREZ et al., 2014).

Nesse sentido, Pinzón Flores et al. (2014) destacam que, no período de 2000-2010, houve um incremento progressivo do gasto público em saúde, devido principalmente ao aumento do orçamento do Governo Federal e, em menor medida, o dos Governos Estaduais, cujos recursos provinham principalmente dos impostos. Enquanto ao gasto de bolso em saúde, não teve um aumento significativo, devido principalmente à implementação do Seguro Popular. Nesse período, a estrutura de financiamento foi invertida, reduzindo-se a participação das contribuições sociais obrigatórias (de 60 para 45% do gasto total em saúde) e aumentando a do orçamento do Governo Federal e Governos Estaduais. Esse cenário beneficiou mais a população sem seguro de saúde, embora se tenha mantido a diferença do gasto em saúde per capita entre a população com seguro de saúde e a população sem seguro de saúde¹⁵.

Arredondo, Orozco e Aviles (2015) analisam a equidade, governança e financiamento do sistema de saúde no México, no cenário das últimas reformas do sector saúde¹⁶. Segundo os autores, um dos objetivos mais importantes dessas reformas foi a determinação de novas estratégias para o financiamento da saúde, incluindo as fontes de financiamento e a alocação de recursos financeiros do Governo Federal para os governos subnacionais, a fim de avançar na implementação da descentralização da saúde (ARREDONDO; OROZCO; AVILES, 2015).

Arredondo, Orozco e Aviles (2015) salientam o estabelecimento do Sistema de Proteção Social em Saúde e a criação do Seguro Popular de Saúde na reforma do setor saúde no México de 2003. O Seguro Popular estava dirigido à população não filiada ao subsistema de seguro social, com um financiamento baseado no subsídio à demanda. Além disso, nessa reforma, continuou-se com a descentralização da saúde a nível estadual. No entanto, o autor afirma que apesar do que foram dadas as diretrizes para a adequação do financiamento da saúde a esse novo cenário, elas não resultaram em mudanças significativas na geração de novas fontes de financiamento nem na aplicação

¹⁵ Entre 2000 e 2010, o gasto em saúde per capita da população sem seguro de saúde aumento em 69 %, enquanto que o da população com seguro de saúde aumento em 32 %. Em 2010, o gasto per capita em saúde da população com seguro de saúde foi de \$ 151.5, enquanto que o da população sem seguro de saúde foi de \$ 121.9.

¹⁶ Segundo o contexto em que escreve o autor, a última geração de reformas do setor saúde no México data da década de 1990.

de melhores mecanismos de alocação de recursos financeiros para o nível subnacional (ARREDONDO; OROZCO; AVILES, 2015).

Na Argentina, **Belmartino** (1997) afirma que o processo da reforma do setor saúde foi determinado pelos processos mais amplos de mudanças estruturais da economia e da reforma do Estado, de orientação neoliberal, a partir da implementação das políticas de ajuste fiscal, em 1991. Nesse sentido, Belmartino assinala o seguinte:

O setor saúde, entendido como campo particular da dinâmica social, que processa em seu interior os impulsos vindos da sociedade global, dentro dos limites e possibilidades definidos por suas estruturas institucionais e a práxis de seus atores, realiza sua própria transformação, fortemente influenciada pela inação do Estado, pelas condições de ruptura do modelo anterior, pelas estratégias desenvolvidas por seus principais atores frente à crise e pelo reposicionamento de cada um deles no novo esquema de poder setorial. (BELMARTINO, 1997, p. 107)

No entanto, Belmartino (1997) assinala que as discussões sobre as mudanças na organização e financiamento do sistema de saúde, particularmente no subsistema das Obras Sociais, já tinham começado antes, durante e a crise econômica no início da década de 1980. O autor explica que, nessa época, houveram dois projetos de racionalização do subsistema das Obras Sociais, um deles no governo de Raúl Alfonsín (1983-1989) e o outro no governo de Carlos Menem (1989-1999), os quais estavam em polos opostos da discussão sobre a relação entre o Estado e o mercado na saúde, mas sem propor mudanças estruturais para superar a segmentação e heterogeneidade das Obras Sociais (BELMARTINO, 1997).

O primeiro projeto, no governo de Raúl Alfonsín, propunha uma maior intervenção do Estado, a universalização da cobertura de saúde e uma condução das Obras Sociais mais representativa e plural. O segundo projeto, no governo de Carlos Menem, propunha introduzir mecanismos de competição entre entidades financiadoras pela captação de assegurados e a livre escolha das entidades financiadoras, sob o suposto de atingir uma maior eficiência e qualidade dos serviços, e incluir as empresas privadas de pré-pagamento ao subsistema de Obras Sociais, promovendo a demanda por essa modalidade de prestação de serviços. No entanto, ambos os projetos foram dominados pela lógica econômica, política e social dessa época, de orientação neoliberal (BELMARTINO, 1997).

Respeito ao financiamento das Obras Sociais, Belmartino (1997) assinala alguns aspectos que determinaram a sua crise financeira. A fragmentação das Obras Sociais e a dispersão de seus assegurados conspiraram contra a eficiência e a equidade, já que a

distribuição das contribuições sociais dependia da massa de trabalhadores e dos seus salários, segundo o ramo produtivo. O Fundo de Solidário de Redistribuição, constituído pelas contribuições de todas as Obras Sociais, criado pela Lei 18610, não cumpriu cabalmente com subsidiar as Obras Sociais com menores recursos ou que enfrentavam déficits econômicos temporais, mas foi regida muitas vezes pelo clientelismo político. Mesmo assim, continuou-se com a transferência de recursos financeiros das Obras Sociais para o setor privado. Belmartino assinala que houve um agravamento dessa crise, no contexto da hiperinflação da década de 1980:

A depreciação do salário real, a redução do emprego assalariado e o conseqüente aumento do trabalho autônomo, o descumprimento, por parte do empresariado, de suas obrigações referentes ao pagamento de contribuições e a difusão do hábito de pagar "por fora" uma parte do salário dos trabalhadores contribuíram, de maneira difícil de precisar, para uma queda sensível dos recursos globais das Obras Sociais, atenuada só parcialmente pelo aumento percentual das contribuições, aprovado pela Lei 23.660/89. (BELMARTINO, 1997, p. 116)

No Peru, **Mendoza-Arana et al.** (2018) analisa o processo de reforma do setor saúde de 2013, incluindo o componente do financiamento da saúde. Os autores assinalam que o ponto de partida dessa reforma foi o pedido do Ministério de Saúde ao Conselho Nacional de Saúde para formular uma proposta de reforma¹⁷. Com esse encargo, o Conselho Nacional de Saúde formulou e aprovou os lineamentos de política para a reforma¹⁸. Baseado nesses lineamentos, o Poder Executivo solicitou faculdades legislativas para implementar a reforma ao Congresso da República, o qual foi aprovado e do que derivaram vários decretos legislativos. Os aspectos mais importantes dessa reforma foram a expansão do asseguramento da saúde, principalmente através da ampliação da cobertura populacional do SIS, e a separação de funções de financiamento e provisão de serviços de saúde ao interior dos subsistemas públicos, incluindo o subsistema de seguro social¹⁹ (MENDOZA-ARANA et al., 2018). Nesse sentido, Mendoza-Arana et al. explicam o seguinte:

Essa separação e especialização refletiram-se em modificações da Lei de Organização e Funções do Ministério da Saúde (MINSa), na criação do Instituto de Gestão de Serviços de Saúde, no fortalecimento da entidade reguladora, na Superintendência Nacional de Saúde (SUSALUD), e no fortalecimento das Instituições Administradoras de Fundos de Garantia em

¹⁷ Esse pedido foi formalizado mediante a Resolução Suprema 001-2013-AS, do 8 de janeiro de 2013.

¹⁸ O Conselho Nacional de Saúde publicou os "Lineamentos e medidas de reforma do setor saúde", em julho de 2013.

¹⁹ Se inclui os subsistemas do Ministério de Saúde e os governos regionais, o subsistema do Seguro Social, os subsistemas das Forças Armadas e o subsistema da Polícia Nacional do Peru.

Saúde (IAFAS). Os entrevistados do MINSA entenderam esta especialização como uma fórmula mediante a qual o Ministério se desprende de tarefas operacionais para concentrar-se na reitoria. (MENDOZA-ARANA et al., 2018, p. 3)

Mendoza-Arana et al. (2018) salientam que o Seguro Integral de Saúde foi um elemento chave no componente de financiamento dessa reforma, afirmando que existe evidencia (externa) do que o asseguramento público reduz o gasto de bolso em saúde e, conseqüentemente, reduz os gastos catastrófico e empobrecedor em saúde. Os autores salientam que o gasto de bolso em saúde foi diminuindo com o início da política de Asseguramento Universal em Saúde, em 2009, considerando-o como um indicador fundamental do avanço da reforma, como medida de proteção financeira. Porém, como os autores mesmos assinalam, o gasto de bolso em saúde permaneceu elevado, apesar da expansão do asseguramento público (MENDOZA-ARANA et al., 2018).

Mendoza-Arana et al. (2018) assinalam que o aumento do gasto total em saúde no período 2005-2014 pode ser explicado pelo aumento do PIB, o qual teve um aumento progressivo; no entanto, esse gasto teve uma evolução variável²⁰. Em relação ao gasto público em saúde (o nível do gasto público em saúde não foi indicado), os autores afirmam o aumento desse gasto foi devido principalmente à priorização da saúde no orçamento público, em um contexto internacional favorável para o crescimento econômico interno, mas que seria temporal já que se prevê condições internacionais desfavoráveis nos próximos anos (MENDOZA-ARANA et al., 2018).

Por outra parte, Mendoza-Arana et al. (2018) assinalam que houve consenso entre os entrevistados²¹ ao redor da ideia do que a reforma do setor saúde foi uma construção social influenciada por referentes nacionais e internacionais. A OPAS influenciou através das suas propostas de política estabelecidas na “Estratégia para o acesso universal a saúde e a cobertura universal de saúde”. A Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) influenciou através da participação direta das suas equipes técnicas no próprio processo de reforma. O Banco Mundial influenciou através do seu trabalho colaborativo e apoio financeiro ao Programa de Apoio a Reforma do Setor Saúde (PARSALUD), ao fortalecimento da descentralização da saúde, focada nos serviços de

²⁰ Entre 2005 e 2014, o gasto total em saúde aumentou de S/ 10415 milhões para S/ 23625 milhões, o gasto per capita aumentou de S/ 435 para S/ 784 (soles constantes de 2007), e o gasto total em saúde como porcentagem do PIB aumentou de 4,4 para 5,2%

²¹ Os entrevistados foram atores chaves que participaram diretamente no processo da reforma: ex-ministros, ex-vice-ministros e equipes técnicas do Ministério de Saúde, representantes dos usuários de serviços de saúde, pesquisadores e representantes de agências de cooperação.

saúde, e à melhoria da eficiência alocativa do Seguro Integral de Saúde (MENDOZA-ARANA et al., 2018).

No âmbito de América Latina, **Jaramillo Pérez** (2002) analisa as tendências na reorganização dos sistemas de saúde diante do novo papel do Estado (ainda o autor não o assinala, sua análise se situa na etapa neoliberal do capitalismo). Nesse cenário, o autor assinala a obrigação dos governos nacionais, em geral, e os ministérios da saúde, em particular, de redesenhar as suas funções retoras em saúde, incluindo a sua função de financiamento. O novo papel do Estado girava em torno das tendências para a “redução do tamanho” da Administração Pública, a descentralização e a autonomia das entidades públicas subnacionais na provisão de serviços, e a revalorização do mercado na provisão de serviços públicos, sob o pressuposto de fazê-lo em forma mais eficiente e eficaz do que o Estado (JARAMILLO PEREZ, 2002). O autor argumenta o seguinte:

A redefinição do papel do Estado no mundo obriga a pensar em uma administração pública menor, descentralizada e atuando em parceria com o setor privado. No novo contexto, o Governo Nacional deve delegar no sector privado e nas entidades subnacionais as competências em que é menos eficiente e eficaz e identificar as funções que são indelévels e que lhe competem pela sua própria natureza. Para o caso da saúde o Estado deve redefinir o espaço próprio que corresponde à Saúde Pública desligando-a dos serviços que podem ser fornecidos mais eficazmente pelo mercado. (JARAMILLO PEREZ, 2002, p. 17)

Urriola (2007) analisa os sistemas de saúde na América Latina de maneira geral, com foco particular no sistema de saúde de Chile, examinando-os a partir de uma perspectiva da equidade, à luz das reformas setoriais acontecidas nas últimas décadas na região. O autor afirma que as reformas do setor saúde na América Latina tiveram um sesgo para a privatização da saúde. Nessa linha, no caso de Chile, o autor assinala que através da reforma neoliberal do Estado, na década de 1980, foram estabelecidas as bases da configuração bissegmentada do seu sistema de saúde, introduzindo esquemas de seguro, um público, de caráter universal e solidário, e outro privado (URRIOLA U., 2007).

Segundo Urriola (2007), a segmentação dos sistemas de saúde na maioria de países de América Latina foi a expressão de um confronto entre as políticas de focalização e o “universalismo” na saúde, cujo predomínio do primeiro vem contribuindo para o desmonte dos sistemas públicos de saúde. Mesmo assim, o autor afirma que as políticas de seguro de mercado atacaram o princípio de solidariedade e aprofundaram os problemas de inequidade na saúde (URRIOLA U., 2007).

Na América Latina, têm ocorrido numerosos processos de reforma do setor saúde, adotando diversas estratégias na busca pela universalização do o acesso aos serviços de saúde. No entanto, as estratégias para alcançar esse objetivo variaram amplamente entre países e até mesmo entre diferentes momentos em um mesmo país, transitando entre polos opostos, desde uma maior participação do Estado até uma maior participação do mercado (BÁSCOLO; HOUGHTON; DEL RIEGO, 2018) Segundo Báscolo, Houghton e Del Riego (2018), os países da América Latina seguiram duas logicas de transformação de seus sistemas de saúde, ambas influenciadas pela estratégia de Cobertura Universal de Saúde: uma baseada em mudanças no asseguramento em saúde e outra baseada em mudanças no modelo de organização dos serviços de saúde. No entanto, essas duas logicas não são opostas e podem coexistir, até em um mesmo país ou em um mesmo processo de reforma. No entanto, nenhuma dessas logicas aborda especificamente a questão do financiamento da saúde, limitando-se a discutir, no caso dos países que seguiram principalmente a primeira logica (Colômbia, Chile, México, Peru e Uruguai), a regulação do modelo de financiamento e as entidades responsáveis da administração dos recursos financeiros para a saúde.

Pelo contrário, outros autores fazem um critica muito forte sobre os processos de reforma do setor saúde à luz das influencias do neoliberalismo na América Latina (GÖTTEMS; MOLLO, 2020). Segundo Gottens e Mollo (2020) o neoliberalismo influenciou na redução da responsabilidade do Estado no financiamento da saúde. A maioria dos países de América transitaram por mudanças que consolidaram a segmentação, com diversas modalidades de financiamento e provisão de serviços, segundo estratos populacionais. Essas mudanças resultaram na redução dos custos do Estado, com a transferência desses custos para diversos financiadores, o que, por sua vez, contribuiu para o aumento das desigualdades no acesso aos serviços de saúde (GÖTTEMS; MOLLO, 2020).

2.6.4. Eixo temático 4: Financiamento da saúde durante processos de descentralização da saúde

Neste eixo temático, os autores latino-americanos, brasileiros (MONTI, 1992; MULLER NETO, 1989; SALDIVA; VERAS, 2018), mexicanos (ARREDONDO; OROZCO; AVILES, 2015) e outros autores (ARREDONDO; PARADA, 2000;

JARAMILLO PEREZ, 2002), incluem em seus estudos a discussão sobre a questão do financiamento dos sistemas de saúde durante processos de descentralização da saúde.

No Brasil, **Muller Neto** (1989) afirma que o financiamento era um dos principais obstáculos à implementação da descentralização e municipalização da saúde, já que os recursos financeiros eram insuficientes e os mecanismos de alocação eram lentos, morosos e burocráticos.

No contexto da VIII Conferencia Nacional de Saúde (1986) e as discussões sobre a nova Constituição, Muller Neto (1989) salienta as propostas que fizeram os municípios para melhorar o financiamento da saúde, como a reivindicação da reforma tributária, a criação de fundos de saúde nos três níveis de governo, a fixação de uma porcentagem do orçamento municipal para a saúde (mínimo de 10 %) e a eliminação de condicionamentos para a alocação de recursos financeiros do INAMPS. Segundo o autor, várias dessas propostas foram ratificadas no IV (1987) e V (1988) Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde²² (MULLER NETO, 1989).

Além disso, Muller Neto (1989) assinala que a implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde possibilitou a universalização da assistência médica, a priorização dos repasses de recursos financeiros do Fundo da Previdência e Assistência Social para o setor público e um aumento significativo do montante desses repasses para os Governos Estaduais e Municipais.

Monti (1992) assinala que o início da implementação do SUS no Brasil, foi marcado pela continuidade do subfinanciamento público, bem como a redução da participação do Governo Federal no gasto público em saúde, afetando diretamente a implementação da descentralização e municipalização da saúde. Lembre-se que a Constituição de 1988 estabeleceu a descentralização como umas das diretrizes para a organização das ações e serviços públicos de saúde do SUS. Contraditoriamente, essa situação acontecia apesar de ter sido aprovada a Lei 8080 (Lei Orgânica da Saúde), que incluía um capítulo sobre o financiamento do SUS, e a Lei 8142, que estabelecia as diretrizes sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para a saúde (MONTI, 1992).

²² O IV Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde foi realizado em Londrina, Paraná, em 1987, insistindo na criação dos fundos municipais de saúde. Enquanto o V Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde foi realizado em Olinda, Pernambuco, em 1988, constituindo-se o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONSENS) e insistindo na reforma tributária e a garantia de repasses de recursos financeiros do Governo Federal sem enracas nem lentidão.

Neste sentido, Monti (1992) salienta a necessidade de precisar os recursos financeiros do nível federal destinados para a saúde, tanto os da Seguridade Social como os do orçamento fiscal, bem como os mecanismos de alocação de recursos financeiros, do Governo Federal para os Governos Estaduais e Municipais e dos Governos Estaduais para os Governos Municipais, procurando automatizar as transferências, eliminando o pagamento pela produção de serviços e a necessidade de convênios.

Saldiva e Veras (2018), em seu estudo sobre o gasto público em saúde no Brasil, salientam que, no período 2000-2011, no cenário da implementação da descentralização e municipalização da saúde, a evolução da participação do Governo Federal no financiamento do SUS foi quase estacionária, enquanto a participação dos Governos Estaduais e Municipais foi aumentando progressivamente. Os autores afirmam que, na prática, o Governo Federal ia transferindo uma maior responsabilidade aos Governos Estaduais e Municipais pelo financiamento do SUS, apesar dos seus maiores problemas tributários e sua menor arrecadação tributária (SALDIVA; VERAS, 2018).

Nesse sentido, Saldiva e Veras colocam o seguinte exemplo: *“Como, no atual modelo, a atenção primária e secundária fica predominantemente por conta dos municípios e estados, recaem sobre a parte menos favorecida na repartição das receitas tributárias (especialmente os municípios) os custos da saúde da população local.”* (SALDIVA; VERAS, 2018, p. 56).

No México, **Arredondo, Orozco e Aviles** (2015) assinalam que, no cenário da implementação da estratégia de descentralização da saúde, o Governo Federal procurou fortalecer as capacidades dos Governos Estaduais principalmente no âmbito da governança e o financiamento a nível subnacional. No entanto, continuou-se a centralização na tomada de decisões e limitados espaços de participação para abordar as questões sobre o financiamento e a gestão dos serviços de saúde, expressando assim uma limitada capacidade de coordenação intergovernamental, além de outros problemas, como o tráfico de influências, o clientelismo político, etc. (ARREDONDO; OROZCO; AVILES, 2015).

Com respeito ao gasto em saúde a nível estadual, Arredondo, Orozco e Aviles (2015) assinalam que houve uma evolução decrescente desse gasto desde 1990 até 1995, seguido de uma evolução crescente até o 2002. No entanto, os autores salientam que, no período de 1990-2002, mantivesse uma muito elevada participação do Governo Federal na estrutura do gasto em saúde dos estados (aproximadamente 94,7%). Além disso, os autores salientam que a alocação de recursos para os Governos Estaduais foi iniquitativa

e insuficiente para atender as demandas locais de saúde, e, em consequência, o financiamento da saúde foi dependente dos recursos provenientes do gasto de bolso em saúde das famílias (ARREDONDO; OROZCO; AVILES, 2015).

Arredondo, Orozco e Aviles (2015) salientam que as maiores fortalezas do financiamento da saúde a nível estadual estiveram relacionadas com as capacidades de negociação dos Governos Estaduais, a diversificação das fontes de financiamento e uma regulação mais flexível na determinação de mecanismos de alocação recursos. Pelo contrário, as debilidades estiveram relacionadas a alta dependência dos repasses do Governo Federal; além de um processo de descentralização incompleto e com uma baixa participação dos Governos Estaduais no financiamento da saúde no âmbito do seu próprio território (ARREDONDO; OROZCO; AVILES, 2015).

No âmbito de América Latina, **Arredondo e Parada** (2000) salienta a complexidade na relação entre a descentralização e as mudanças no financiamento da saúde nos países de América Latina. Os autores assinalam que para analisar essa relação se precisa da compreensão das forças contraditórias existentes nos sistemas políticos e institucionais latino-americanos, reconhecendo as suas fortes tendências para a centralização e, ao mesmo tempo, para a descentralização de tipo burocrático. Mesmo assim, os autores afirmam que *“a forma e o grau da descentralização estão fortemente influenciados pela dinâmica dos aspectos financeiros”* (2000, p. 450).

Arredondo e Parada (2000) assinalam que a maior parte dos recursos financeiros dos países em desenvolvimento, como nos países da América Latina, provém da arrecadação de impostos indiretos, configurando assim sistemas tributários regressivos. Embora os governos subnacionais pudessem cobrar impostos locais, o montante dos recursos financeiros arrecadados era limitado, por tanto, a maioria deles se tornam dependentes das transferências financeiras do Governo Nacional. Além disso, existia um forte controle do Governo Nacional sobre os recursos financeiros, sob o pressuposto de promover uma maior equidade territorial na distribuição desses recursos. Dessa forma, os autores afirmam que existe uma alta dependência financeira dos governos subnacionais do Governo Nacional, diante das insuficientes fontes de financiamento e a baixa arrecadação de impostos locais (ARREDONDO; PARADA, 2000).

Nesse sentido, nos países da América Latina, particularmente México, Nicarágua e Peru, os resultados atingidos nos seus processos de descentralização da saúde foram dependentes principalmente das mudanças na arrecadação de recursos financeiros e dos mecanismos de alocação desses recursos para os governos subnacionais. Os seus

subsistemas públicos de saúde foram financiados principalmente pelo orçamento fiscal, enquanto os subsistemas da Seguridade Social foram financiados principalmente pelas contribuições sociais obrigatórias dos empregados e trabalhadores formais. No entanto, em ambos casos, coexistiram tendências em conflito entre a centralização da autoridade financeira (predominante) e a descentralização da autoridade administrativa. Além disso, existiram problemas no próprio do financiamento, em relação à definição de fontes de financiamento, à criação de fundos específicos, aos mecanismos de alocação e à utilização de recursos financeiros para a saúde (ARREDONDO; PARADA, 2000).

Jaramillo Pérez (2002) assinala que, no âmbito de América Latina, a descentralização da saúde exigiu aos governos nacionais redesenhar os seus mecanismos de alocação de recursos financeiros para os governos subnacionais, segundo as suas novas competências e funções em saúde, bem como a criação de novas fontes de financiamento para a saúde nesses níveis de governo. Mesmo assim, o autor assinala que os governos nacionais devem procurar leis que garantam a estabilidade e sustentabilidade do financiamento para a saúde, a articulação das diversas fontes de financiamento²³ e a priorização da alocação de recursos financeiros para as ações e serviços que apresentem maior eficiência e eficácia comprovada (JARAMILLO PEREZ, 2002).

2.6.5. Eixo temático 5: Financiamento da saúde e a privatização da saúde e a cobertura universal do seguro de saúde

Neste eixo temático, os autores latino-americanos, brasileiros (BAHIA, 2005, 2009; GUIMARÃES, 1991; MEDICI, 1987; MÉDICI, 1992; MONTI, 1992; RIZZOTTO; CAMPOS, 2016; SALDIVA; VERAS, 2018; VIANA; QUEIROZ; IBANEZ, 1995), chilenos (CASTAÑEDA, 1987; HERRERA, 2014), argentinos (BELMARTINO, 1997) e outros autores (CID PEDRAZA, 2020; JARAMILLO PEREZ, 2002; URRIOLO U., 2007), incluem em seus estudos a discussão conjunta entre o financiamento dos sistemas de saúde, a privatização da saúde e a cobertura universal do seguro de saúde. Este último é especialmente discutido em sistemas de saúde baseados em esquemas de seguros de saúde.

²³ O autor adverte os riscos da mancomunação de recursos financeiros, como permitir a redução dos aportes fiscais, descarregando nos aportes parafiscais a responsabilidade do financiamento da saúde, ou a redução dos aportes parafiscais, descarregando nos aportes fiscais a responsabilidade do financiamento da saúde, comprometendo, em ambos casos, a qualidade e oportunidade dos serviços de saúde.

Medici (1987), em seu estudo sobre o financiamento da saúde no Brasil, antes da criação do SUS, adverte que, entre 1970 a 1980, cerca de 70 % dos recursos do INAMPS, a maior fonte de recursos financeiros para a saúde dessa época, foram gastos na rede privada de saúde contratada pelo INMAPS, expondo assim as estreitas relações entre o público e o privado. No entanto, o autor salienta que, a partir de 1981, as despesas do INAMPS foram redirecionadas progressivamente para o setor público, mas sem reverter a maior quantidade transferida para o sector privado²⁴. Nesse sentido, Medici explica o seguinte:

Essa rede [a rede privada de saúde] foi construída ou ampliada ao longo dos anos 60 a partir de financiamentos oriundos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), programa gerido pela Caixa Económica Federal com juros subsidiados. Esses estabelecimentos eram contratados pelo INAMPS, o que criava uma verdadeira "reserva do mercado" de saúde para garantir sua sobrevivência, independentemente da eficiência ou qualidade dos serviços prestados. (MEDICI, 1987, p. 582)

Nesse cenário, Medici (1987) assinala problemas endógenos no financiamento da saúde (no subsistema de seguro social): a falta de estabilidade das receitas previdenciárias diante das crises econômicas; a redução da participação do INAMPS nas despesas do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social; o baixo investimento para aumentar a oferta pública de serviços de saúde, principalmente nas regiões de maior carência; e a maior transferência de recursos financeiros do INAMPS para o setor privado, sem mecanismos de controle sobre a eficiência ou eficácia desse gasto.

Além disso, Medici (1987) salienta outros problemas endógenos no financiamento: a redução de recursos financeiros para programas de saúde pública, como a vigilância epidemiológica e prevenção e controle de epidemias ou endemias (sob responsabilidade do Ministério de Saúde); a regressividade tributária das contribuições sociais obrigatórias sobre a folha de pagamento de salários, já que castigavam mais as empresas mais intensivas em mão-de-obra, geralmente medianas e pequenas empresas, encarecendo os seus custos de trabalho e limitando a formalização do trabalho; a ampliação da cobertura do INAMPS para os trabalhadores rurais sem maior respaldo financeiro (1987).

Guimarães (1991) explica que, na década de 1980 (período de transição para a consolidação do SUS), a maior parte do financiamento da saúde no Brasil provinha dos

²⁴ Entre 1981 a 1986, a participação dos serviços próprios na despesa do INAMPS aumentou de 18,5 para 27,3 %, enquanto a participação dos serviços privados contratados diminuiu de 55,3 para 41 %.

recursos previdenciários, ou seja, das contribuições sociais obrigatórias dos empregadores e trabalhadores, além de outros fundos sociais, e, em menor medida, do orçamento fiscal (dando continuidade à menor participação do Governo Federal no financiamento da saúde). Nesse cenário, o autor critica o predomínio da assistência médica curativa e, conjuntamente, a grande transferência de recursos públicos para a rede privada de saúde contratada ou conveniada pelo INAMPS, bem como um baixo investimento na própria rede pública de saúde, favorecendo assim a maior compra de serviços de saúde ao setor privado. Em adição, Guimaraes explica o seguinte:

Convém ressaltar que parte deste setor privado (os conveniados e contratados) não se configura, entretanto, como um setor tipicamente capitalista em sendo estrito, a exemplo de outros setores. Dependente do Estado, possuindo uma marca da expressão regional, este setor está representado por um conjunto de prestadores cuja vida empresarial não estruturou uma sólida e eficiente base técnica, mas acumulou inúmeras fraudes e corrupções. Nesse aspecto, configura-se um problema a ser enfrentado, na medida em que se faz necessário ao interior dos projetos de mudança realizar altos e constantes investimentos com uma nova base técnica para recuperar o “parque” [público] ambulatorial e hospitalar brasileiro. (GUIMARÄES, 1991, p. 34)

Monti (1992), em concordância com Guimaraes (1991) afirma que, no início da década de 1980, o sistema de saúde no Brasil atravessava uma crise de financiamento da saúde, já que o Fundo da Previdência e Assistência Social, que representava a maior fonte de financiamento para a saúde, estava perdendo sua capacidade de custear as despesas da assistência médica. Segundo o autor, essa perda de capacidade financeira deveu-se à acumulação de problemas na arrecadação das contribuições sociais obrigatórias e à cada vez maior demanda de recursos financeiros da rede privada de saúde contratada ou conveniada com o INAMPS (com um modelo de atendimento com predomínio do curativo). Sobre essa última questão, o autor assinala que essa maior demanda se deveu à ampliação de serviços e às fraudes nas cobranças provenientes dessa rede (MONTI, 1992).

Depois, **Medici** (1992) adverte que o projeto de lei de reforma fiscal no Brasil, proposto pelo governo de Collor de Mello, iria promover a transferência de parte dos gastos do SUS para sistemas de capitalização em saúde e a utilização da capacidade ociosa dos hospitais públicos para a venda de serviços de saúde ao setor privado. Enquanto a primeira proposta, o autor considera-a viável, no sentido de que as famílias de alta e média renda possam contribuir para o financiamento do SUS; enquanto na segunda proposta, o autor considera-o inadmissível, já que a capacidade ociosa dos

hospitais públicos não existe por conta de falta de demanda, mas por falta de recursos para utilizar toda sua capacidade para o atendimento da sua própria demanda (MONTI, 1992).

Viana, Queiroz e Ibanez (1995) explicam que, a partir da década de 1960, a assistência médica no Brasil foi tornando-se predominantemente curativa e hospitalar, principalmente através da expansão do atendimento à saúde pelas diversas instituições previdenciárias existentes nessa época. Na sequência, entre as décadas de 1970 e 1980, com a criação do INAMPS (1977) e a excessiva concentração de poder e recursos nessa entidade, favoreceu-se uma política de expansão do atendimento à saúde, focada na assistência médica curativa e hospitalar, foi apoiada em uma estreita colaboração entre o público e o privado na saúde.

Segundo Viana, Queiroz e Ibanez (1995), essa política, promovida pelo Estado, favoreceu o fortalecimento do **complexo médico empresarial privado**, através da crescente contratação de serviços de saúde, sob a lógica da medicina curativa e hospitalar, e, em consequência, uma maior transferência de recursos públicos para o setor privado. O autor afirma que, na década de 1980, o setor privado controlava cerca de 70% da oferta de serviços de saúde do país. No entanto, o autor afirma que, com a implementação do SUS e o seu modelo de atendimento integral, descentralizado e participativo, priorizou-se a medicina preventiva e primária e fortaleceu-se a rede pública de saúde, reduzindo assim a transferência de recursos para o setor privado. Nesse sentido, Viana, Queiroz e Ibanez assinalam o seguinte:

A reforma na saúde começou a ser implementada com uma mudança na distribuição do gasto federal com os provedores de serviços de saúde, que acarretou uma queda acentuada na contribuição do INAMPS para o setor privado. Em 1989, o setor privado absorveu apenas 29,6% dos recursos do INAMPS, contra 41,7% em 1987; os serviços públicos, por sua vez, absorveram 30,4% em 1987 e 45,9% em 1989. (VIANA; QUEIROZ; IBANEZ, 1995, p. 21)

Bahia (2005) sistematiza as matrizes interpretativas envolvidas no debate sobre o sistema de saúde no Brasil e as discussões sobre as relações público-privadas na saúde, incluindo a utilização de recursos financeiros públicos à demanda e a oferta de planos privados de saúde. Nesse sentido, o autor salienta os esforços de resistência do SUS às tentativas da agenda neoliberal de desprovê-lo de seus princípios constitucionais de universalidade, igualdade e integralidade, cimentados durante a reforma sanitária e a redemocratização no Brasil (BAHIA, 2005).

Segundo Bahia (2005), o princípio da universalidade do SUS vem sendo confrontado pela preservação e reorganização da antiga segmentação²⁵, com coexistência, superposição e conflito entre o público, o SUS, e o privado, os seguros e planos de saúde²⁶. Nesse cenário, o autor salienta as matrizes interpretativas ao redor do confronto entre o universal e os particularismos no sistema de saúde, incluindo suas implicações no financiamento da saúde. Nesse sentido, o Bahia assinala o seguinte:

Para alguns autores, autoridades governamentais e entidades integrantes dos processos de formulação e deliberação sobre o SUS, o subsistema privado é um obstáculo que será superado em etapas de maior amadurecimento e contextos econômicos mais favoráveis à Reforma Sanitária. Para outros, situados nas empresas privadas de serviços e suas entidades representativas, a expansão da assistência privada comprova a eficiência do mercado e a inviabilidade de que o Estado se responsabilize pela saúde de todos os brasileiros. De acordo com os últimos, o SUS deve estar direcionado para os que “não podem pagar” um plano privado de saúde. O corolário dessa assertiva é que os planos de saúde são imprescindíveis, na medida em que “desoneram” o SUS das despesas com a saúde dos mais aquinhoados. (BAHIA, 2005, p. 11)

Além disso, Bahia (2005) aprofunda na discussão sobre as relações entre o público e o privado na saúde, salientando que o gasto público em saúde no Brasil foi menor do que outros países da América Latina, e até mesmo o gasto privado foi maior do que o gasto público em saúde no Brasil. Desta forma, o autor afirma que, considerando o princípio da universalidade do SUS e, a contramão, a alta participação do gasto privado no gasto total em saúde, o sistema de saúde estava caracterizado por sua segmentação, assemelhando-se assim a outros países de América Latina que promovem a privatização da saúde, como Chile ou Colômbia. No entanto, Bahia salienta que o foco não está no modelo híbrido do sistema de saúde, mas sim nas interpretações opostas sobre a relação entre o Estado e o mercado:

A singularidade brasileira não se localiza, propriamente no hibridismo do modelo – presente em quase todos os sistemas de proteção social – mas sim nas interpretações opostas sobre a apropriação das proporções mercado/Estado para justificar a primazia do mercado ou a legitimidade da intervenção estatal na saúde. O sistema de saúde brasileiro, quando apresentado pelos integrantes da gestão pública, é visto como emblema de um processo exitoso de extensão de cidadania. Mas para os representantes dos serviços e empresas privadas de comercialização de planos de saúde, o

²⁵ Antes da Constituição de 1988, o sistema de saúde era segmentado, com um subsistema previdenciário para trabalhadores formais e seus dependentes (através do Ministério da Previdência Social), um subsistema público para a população não coberta pela Previdência Social (a través do Ministério de Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde), além do subsistema privado.

²⁶ O subsistema privado foi regulado depois de 10 anos da Constituição de 1988, através da Lei 9656, de 3 de junho de 1988, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

mesmo sistema é o locus de um poderoso mercado privado, movido pela dinâmica da estratificação de benefícios. (BAHIA, 2005, p. 13)

Depois, **Bahía** (2009) aprofunda as discussões sobre as mudanças na relação entre o público e o privado no sistema de saúde no Brasil, com destaque para os avanços e retrocessos na implementação do direito universal à saúde, no contexto do processo de redemocratização de Brasil. O autor salienta o hiato entre o direito universal a saúde estabelecida na Constituição de 1988 e o que realmente foi efetivado. Dessa forma, o autor afirma que, ao mesmo tempo que se implementava o SUS, os diversos governos federais ao longo do tempo deram políticas de estímulo à aquisição de planos e seguros privados de saúde: *“as tendências expansionistas do SUS não são opostas à intensificação da privatização do financiamento e provisão de serviços de saúde”* (BAHIA, 2009, p. 556). Nesse sentido, Bahía (2009) explica o seguinte:

Desde então [pós Constituição de 1988], a emissão de políticas de estímulo à aquisição de planos e seguros privados de saúde e incentivos à oferta privada de serviços de saúde cursa pari passu aos esforços de implementação do SUS. Essas políticas públicas com sinais contrários têm sido debitadas na conta da fragilidade da cidadania ou natureza do sistema de governo e capacidade de representação do Poder Legislativo. Recorre-se ainda à natureza do jogo democrático e seus resultados incertos para explicar a convivência entre atores sociais e projetos divergentes. (BAHIA, 2009, p. 755)

Segundo Bahía (2009), existem duas dimensões de fluxos financeiro-assistenciais nas mudanças na divisão e superposição entre o público e o privado. O primeiro, o encaixe entre financiamento, oferta e demanda de serviços públicos e privados, o qual pode, quando predomina o privado, através da concentração de clientes de seguros privados de saúde e em regiões e cidades mais ricas, ir em sentido contrário à equidade. O segundo, os efeitos do volume de recursos que seguem a esses encaixes, condicionando as preferências dos clientes e dos trabalhadores de saúde pelo setor privado, atraídos pela garantia de acesso e qualidade dos serviços e maiores remunerações, respectivamente. Segundo o autor, esses fluxos tiveram impacto na estrutura de financiamento da saúde no Brasil (BAHIA, 2009).

Dessa forma, Bahía (2009) afirma que as mudanças na relação entre o público e o privado se entrelaçavam com os movimentos de maior expansão da oferta de serviços privados e da demanda por seguros e planos privados de saúde, por tanto, do financiamento privado, e, em contraste, com uma menor expansão da oferta de serviços de saúde do setor público, principalmente no âmbito hospitalar. Essas mudanças se davam

em um contexto de intermediações políticas, as quais foram concretadas em um conjunto de normas legais que incentivaram a ampliação da oferta e demanda de seguros e planos privados de saúde (BAHIA, 2009). Nesse sentido, Bahía assinala o seguinte:

O exemplo mais atual e conspícuo da produção de políticas públicas de suporte ao privado é a iniciativa do Ministério da Saúde de retirar condicionalidades à concessão do certificado de filantropia a um subconjunto de hospitais de “ponta”. Trata-se de uma interpretação do Decreto 5.895 de 2006, voltada a auxiliar os hospitais que não cumprem o preceito do atendimento de pelo menos 20% de pacientes do SUS a manter seus benefícios fiscais.

As polêmicas em torno das diligências protecionistas do Ministério da Saúde [...] e as contestações da Medida Provisória 446, de 7 de novembro de 2008, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social e regula os procedimentos de isenção de contribuições para a Seguridade Social, fornecem pistas sobre a intrincada regulação que move a reorganização do público e do privado na saúde. (BAHIA, 2009, p. 757)

Rizzoto e Campos (2016) discutem sobre a perspectiva política e o papel do Banco Mundial na elaboração de políticas de saúde no Brasil, através da análise de relatórios técnicos: “Governança no SUS brasileiro”, de 2007, e “20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil”, de 2013, e outros projetos de saúde financiados pelo Banco Mundial, entre 2000 e 2015. Esses autores afirmam que por trás das fortes críticas do Banco Mundial, no início da implementação do SUS, no que respeita à capacidade financeira do Estado para efetivar o direito universal à saúde, estabelecido na Constituição Política de 1988, se escondia seu pensamento neoliberal e sua oposição à construção de sistemas universais de saúde. Mesmo assim, os autores afirmam que, na década de 1990, o Banco Mundial continuou sua ofensiva neoliberal contra o SUS, questionando o papel complementar do setor privado na saúde e defendendo reformas que permitissem a sua maior participação na provisão de serviços de saúde (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016).

Além disso, Rizzoto e Campos (2016) assinalam que a intervenção do Banco Mundial se deu em forma paralela e sinérgica à adesão dos diversos governos federais ao projeto neoliberal e sua preferência por ouvir e aplicar as recomendações de política do próprio Banco Mundial e de outros organismos supranacionais com a mesma linha de pensamento. Nos seguintes anos, o Banco Mundial continuou como o seu mesmo papel, fornecendo recomendações específicas para reformar o setor saúde brasileiro sob a lógica liberal do mercado (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016).

Segundo Rizzoto e Campos (2016), a saúde converteu-se em um campo de luta política e ideológica pela **apropriação dos recursos financeiros públicos**, no qual,

apesar do direito universal à saúde ter sido incorporado na subjetivamente da sociedade, o movimento sanitário teve sucessivas derrotas legislativas. Assim, Rizzoto e Campos assinalam o seguinte:

Cita-se como exemplos o movimento “saúde + 10”, que lutava por 10% da Receita Corrente Bruta de recursos federais, mas o que se aprovou foram porcentagens da Receita Corrente Líquida (EC 86/2015); a aprovação da entrada do capital estrangeiro na área da saúde (Lei 13.097/2015); e o incentivo para a ampliação do consumo de planos de saúde coletivos (PEC 451/2014). (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016, p. 256)

Para o Banco Mundial as discussões sobre a necessidade de maior financiamento público para a saúde eram secundárias diante do desafio de melhorar a eficiência na utilização dos recursos: *“a falta de recursos e materiais não é o fator impeditivo de uma melhoria no acesso e na qualidade. [O SUS] poderia produzir mais serviços e melhores resultados de saúde com o mesmo nível de recursos se fosse mais eficiente.”* (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016, p. 70). Apesar de o Banco Mundial reconhecer que o gasto público em saúde de Brasil era baixo em comparação com outros países de renda média, a prioridade para o Banco Mundial era, antes de tudo, melhorar a gestão pública do SUS, antes de aumentar o financiamento público para a saúde (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016). Mesmo assim, Rizzoto e Campos apontam que, desde a perspectiva do BM:

O SUS é um experimento que, na perspectiva do Banco, não deve se expandir para outros países da América Latina e mesmo para o mundo, na medida em que garante, constitucionalmente, o direito universal à saúde. O que deve servir de modelo são os países que possuem coberturas universais limitadas, que deixam a cargo do mercado a oferta dos serviços de saúde; os governos que adotam mecanismos da gerência empresarial para punir gestores e trabalhadores; os Estados que adotam o new public management como forma de gestão das estruturas e dos assuntos públicos, enfoque micro-organizacional que transforma o planejamento em um ato puramente técnico. (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016, p. 274).

Nesse cenário, Rizzoto e Campos (2016) consideram que o Banco Mundial, diante da crise do capitalismo, age como uma **entidade que auxilia a expansão do capital** em setores sociais que antes não eram de interesse para a acumulação de capital. Assim, a saúde era vista como um setor com grande potencial de acumulação de capital, conformando-se em torno deste o **complexo industrial-financeiro da saúde**. Mesmo assim, devido a essa ofensiva neoliberal, os autores sublinham a importância de que o movimento sanitário brasileiro resista aos ataques ao SUS e ao direito universal à saúde,

exija um financiamento público de acordo com as necessidades de saúde da população, e lute contra a privatização da saúde (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016).

Saldiva e Veras (2018), em seu estudo sobre o gasto público em saúde no Brasil, assinalam que, no período 2000-2011, o gasto privado em saúde sempre foi maior que o gasto público em saúde. Mesmo assim, os autores criticam que, nos últimos anos, o Governo Federal incentivou a criação de planos e seguros privados de saúde mais acessíveis economicamente, mas com menor cobertura para doenças graves. Dessa forma, quando acontecia uma doença grave ou se precisava de algum procedimento médico de alto custo, a falta de cobertura desses planos impunha custos adicionais ao SUS, ou seja, beneficiando ao setor privado às custas do SUS. Assim, Saldiva e Veras explicam o seguinte:

A fração da contribuição do sistema público para o custeio da saúde – atualmente em pouco menos de 50% do PIB – contrasta com aquela presente nos países que têm sistemas eficientes de saúde com acesso universal, como Reino Unido (94,2%), Suécia (84%) e França (81%), e aproxima-se daquela observada nos Estados Unidos da América (47%), onde a opção foi privilegiar o sistema privado. Em outras palavras, as ações praticadas no Brasil parecem indicar que o país não acredita mais no SUS e articula um processo de terceirização dissimulada rumo à privatização. (SALDIVA; VERAS, 2018, p. 52)

No Chile, **Castañeda** (1987), no seu análise da reforma do sector saúde, aponta alguns mecanismos de transferência de recursos financeiros públicos para o setor privado. O Sistema de Provedor Preferencial foi ampliado para os obreiros (através do Decreto 2575 [1979]) e os trabalhadores independentes (através da Lei 3500 [1980]), além dos empregados que já estavam nesse sistema, consagrando o direito à livre escolha de provedores de saúde, sejam públicos ou privados. O FONASA financiava o Sistema de Provedor Preferido com a arrecadação das contribuições sociais obrigatórias dos trabalhadores (6 % do salário) e pagava parte do custo dos serviços de saúde, enquanto a outra parte era paga pelos próprios usuários. Assim, em 1984, todos os provedores privados de saúde estavam dentro do Sistema de Provedor Preferido.

Foram criadas as ISAPRE no sistema de saúde (através do Decreto Forca Lei 3 [1981]) e autorizadas a arrecadar diretamente as contribuições sociais obrigatórias dos trabalhadores (6 % do salário) e fornecer planos privados de saúde. Dessa forma, iniciou-se o sistema de asseguamento privado. Foram dadas facilidades para a criação dessas instituições: “[...] *garantir um capital de 2000 unidades financeiras (1 unidade financeira = \$US 15), estabelecer que o objetivo social da instituição é fornecer*

diretamente ou financiar serviços de saúde, e ser aprovado pelo FONASA” (CASTAÑEDA, 1987 p. 559). Os afiliados das ISAPRE podiam mudar livremente a sua afiliação para outras instituições, bem como negociar uma maior cobertura de saúde, copagamentos e valores do prêmio de seguro, pagando um valor adicional ao valor da sua contribuição social obrigatória. Além disso, Castañeda assinala outros mecanismos de transferência de recursos financeiros públicos para o setor privado:

As novas políticas propõem descentralizar a prestação de serviços médicos e incentivar o sector privado a colaborar nesta prestação; garantir a liberdade de escolha dos utilizadores; [...] e, aplicando o princípio de "estado subsidiário" (que era parte da política geral estabelecida na Constituição de subsidiar a atenção médica apenas 1980), daqueles que não pudessem pagá-la. Os outros teriam de pagar diretamente, proporcionalmente ao seu rendimento pessoal. (CASTAÑEDA, 1987 p. 549)

Herrera (2014) assinala que as fontes de financiamento para a saúde no Chile estiveram conformadas pelos recursos provenientes dos impostos gerais, as contribuições sociais obrigatórias e o gasto privado das famílias, através do gasto em seguros privados de saúde e do gasto de bolso em saúde. Segundo o FONASA, em 2011, o gasto total em saúde foi de 7,6% do PIB, enquanto o gasto público em saúde foi de 57,8% do gasto total em saúde, no entanto, o autor precisa que essa percentagem estaria incluindo as contribuições arrecadadas pelas ISAPRE. Nesse sentido, o autor adverte que existia uma transferência de recursos financeiros públicos para o setor privado, através das contribuições sociais obrigatórias dos trabalhadores deixadas de arrecadar pelo FONASA a favor da arrecadação direta pelas ISAPRE. Esses recursos representaram as contribuições sociais do 16% da população chilena, os grupos populacionais de maior renda, os quais, por sua vez, representavam cerca do 50% do montante total da arrecadação total dessas contribuições²⁷ (HERRERA, 2014).

Na Argentina, **Belmartino** (1997) salienta a grande resistência do subsistema das Obras Sociais na Argentina (caracterizado pela sua fragmentação) à regulação do Estado, entre as décadas de 1970 e 1980, expressando o grande poder dos sindicatos, as corporações profissionais e o setor privado sobre esse sistema. Nesse cenário, o autor afirma que na década seguinte (1990) continuou-se com a transferência de recursos financeiros públicos para o sector privado, devido à alta dependência das Obras Sociais dos contratos com empresas privadas para a prestação de serviços de saúde para os seus

²⁷ Em 2011, a arrecadação das ISAPRE foi de 1,9 milhões de solares, enquanto

assegurados (BELMARTINO, 1997). Nesse sentido, o Belmartino explica as consequências desse modelo de assistência médica:

O pagamento por atendimento ou ato médico já realizado converte-se em modalidade hegemônica de retribuição da prática profissional. Os preços relativos são regulados pelo Instituto Nacional de Obras Sociais, através de uma tabela nacional, estabelecendo o valor do "galeno" [...].

Regido por essa lógica, o fluxo de recursos no interior do sistema encaixa-se em um processo que tem sido caracterizado como "pugna distributiva" [...].

[...] esse modelo de prestação de assistência à saúde gera, no nível micro, na racionalidade de cada prestador, uma conduta que visa a superar o máximo estabelecido na remuneração de seu trabalho ou serviço, com o faturamento de práticas não realizadas, o aumento do número de prestações desnecessárias ou a cobrança de uma tarifa extra diretamente aos usuários. Essa é a consequência crítica de um modelo assistencial baseado no desenvolvimento do setor privado, dotado de um padrão regulatório débil, focalizado apenas na especificação da "forma" do pagamento por prestação, com todos os instrumentos necessários à sua implementação, mas dotado de muita pouca vontade política para controlar efetivamente a gestão dos contratos. (BELMARTINO, 1997, p. 115)

Além disso, Belmartino (1997) assinala outras características da mercantilização e privatização da saúde no subsistema das Obras Sociais, como a livre escolha de prestadores de saúde dos usuários, incluindo prestadores privados, o predomínio da assistência médica curativa e hospitalar e o aumento de custos que isso traz, entre outras. Nesse sentido, Belmartino explica o seguinte:

Disso resultaria a construção de um modelo de assistência médica baseado na liberdade de tratamento, liberdade de escolha do médico pelo paciente e incorporação de tecnologia regida pelas expectativas de rentabilidade do mercado e não por critérios assistenciais que respondam às necessidades e dimensões da demanda.

Esse modelo de organização do sistema de assistência médica será responsável por uma elevação crescente de custos, onde a racionalidade de cada unidade prestadora de serviço, juntamente com a falta de reais mecanismos estatais de regulamentação e a pequena capacidade de negociação, administração e controle de gestão das Obras Sociais constroem uma dinâmica de crise financeira recorrente. (BELMARTINO, 1997, p. 115)

Segundo Belmartino (1997), o projeto de racionalização das Obras Sociais, proposto pelo governo de Carlos Menem (1989-1999), propunha introduzir mecanismos de competição entre entidades financiadoras pela captação de segurados e a livre escolha dessas financiadoras dos segurados, sob o suposto de atingir uma maior eficiência e qualidade dos serviços. Mesmo assim, esse projeto pretendia incluir as empresas privadas de pré-pagamento no subsistema das Obras Sociais, favorecendo o

interesse dessas empresas em apropriar-se dos recursos das Obras Sociais. Sobre essa última proposta, Belmartino explica o seguinte:

[...] pretendia-se integrar ao sistema de cobertura obrigatória as empresas de assistência médica por pré-pagamento, ampliando-se, assim, a demanda por essa modalidade de organização dos serviços, que depois de um crescimento importante nos finais da década de 80, parece haver chegado a uma espécie de teto, demarcado pela percentagem da população com recursos suficientes para enfrentar os custos desse tipo de seguro de saúde. (BELMARTINO, 1997, p. 106)

No âmbito de América Latina, **Jaramillo Pérez** (2002) defende que, na linha da revalorização do mercado na saúde, com a maior participação do setor privado na saúde, especificamente no âmbito do asseguramento, através da introdução de esquemas de seguros de saúde, e da provisão de serviços de saúde, poderão ser disponibilizados novos recursos financeiros para a saúde, o que, conjuntamente com os recursos financeiros públicos, contribuiriam para garantir a universalização da cobertura de saúde para toda a população.

Além disso, Jaramillo Pérez (2002) salienta a tendência à substituição progressiva do subsídio à oferta para o subsídio à demanda, incluindo seguros de saúde e provedores públicos e privados. O autor explica que, no caso de Colômbia, foram criadas entidades “administradoras” da demanda (seguros privados), as quais recebem recursos financeiros do Estado, através de um pagamento fixo anual por pessoa filiada, e contratam provedores de saúde públicos ou privados para o atendimento de sus filiados. O autor afirma que, com essa substituição, se procurava a focalização dos subsídios do Estado para beneficiar a população mais pobre, a maior produtividade dos hospitais públicos, bem como a competência entre eles e com os hospitais privados, e a priorização do gasto, já que a separação das funções de financiamento e provisão de serviços permitia regular a alocação de recursos e o gasto desses recursos para determinados grupos populacionais e determinados serviços considerados prioritários (JARAMILLO PEREZ, 2002).

Urriola (2007) analisa os sistemas de saúde na América Latina, utilizando o caso do Chile como exemplo, sob uma perspectiva da equidade, à luz das últimas reformas setoriais na região. O autor salienta que as questões sobre o financiamento da saúde são fundamentais para promover a equidade nos sistemas de saúde, conjuntamente com a integração das redes de saúde, mecanismos de alocação de recursos financeiros, mecanismos de pagamento a provedores de saúde, e ações de promoção da saúde e prevenção das doenças (URRIOLA U., 2007).

Urriola (2007) salienta o reposicionamento da discussão focada sobre as fontes de financiamentos e a mancomunação de recursos financeiros para a saúde, diante das limitações financeiras para garantir a universalidade do acesso à saúde e aumentar a equidade em saúde. Nesse cenário, o autor compara as posições opostas entre diversos autores. Alguns autores assinalavam que era necessário um papel mais relevante dos governos nacionais no financiamento da saúde (apenas ou principalmente na “modulação” do financiamento), promovendo a competência e novos mecanismos de pagamento aos provedores de saúde para aumentar a eficiência e a qualidade, e aplicando restrições financeiras para conter o aumento dos custos médicos. Contrariamente, outros autores assinalavam que essas medidas não demonstraram aumentar a eficiência nem conter o aumento dos custos médicos (URRIOLA U., 2007).

Nesse sentido, Urriola (2007) afirma que, nas últimas décadas, as reformas do sector saúde na América Latina ampliaram e intensificaram a privatização da saúde, mas essas reformas não melhoraram a eficiência nem, pior ainda, a equidade.

Cid Pedraza (2020), em seu estudo sobre o financiamento para a implementação das redes integradas de serviços de saúde, no âmbito de América Latina, salienta a importância da “Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde”, promovida pela OPAS. Segundo o autor, através dessa estratégia os países de América Latina acordaram aumentar e melhorar o financiamento, bem como melhorar a eficiência e equidade na utilização dos recursos financeiros para a saúde, estabelecendo uma meta referencial de 6% do gasto público em saúde em relação ao PIB, com o objetivo de lograr a cobertura universal de saúde e procurar uma adequada proteção financeira. No entanto, o autor assinala que não só se deve aumentar o financiamento, mas também aumentar a eficiência na gestão dos serviços de saúde, a fim de garantir o acesso à saúde e a equidade em saúde (CID PEDRAZA, 2020).

Nesse sentido, Cid Pedraza (2020) não discute propriamente sobre o financiamento da saúde, mas que se enfoca na discussão sobre os mecanismos de pago a provedores de saúde organizados em redes integradas de serviços de saúde, independentemente de serem prestadores públicos ou privados. O autor restringe a sua discussão à eficiência na gestão dos recursos financeiros, a través da procura de melhores formas de compra estratégica de serviços de saúde, sob dita modalidade de organização (CID PEDRAZA, 2020).

Na América Latina, os diversos processos constituintes, de reforma fiscal ou tributária, de reforma do setor saúde, entre outros, foram utilizados como veículos para a introdução e o avanço da privatização dos serviços públicos, no contexto das reformas neoliberais desde o início da década de 1980. Nesse cenário, diversas agências internacionais, como o Fundo Monetário Internacional, o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento, aproveitaram a crise econômica nos países de América Latina para influenciar nos processos de reforma do Estado. Isso foi feito condicionando o seu apoio financeiro à implementação de políticas de ajuste fiscal, bem como à introdução de reformas nos setores sociais, incluindo a saúde, baseadas em princípios econômicos neoliberais (HOMEDES; UGALDE, 2005b).

Nesse contexto, as reformas do setor saúde foram fundamentadas no suposto que o mercado era mais eficiente e eficaz do que o Estado na gestão e na provisão de serviços de saúde. Dessa forma, os mecanismos de privatização da saúde avançaram para a gestão e a provisão dos serviços públicos pelo setor privado. Mesmo assim, em alguns países observou-se uma maior participação do setor privado na saúde, seja na arrecadação direta e administração de recursos financeiros destinados à saúde (no Chile, através das ISAPRE), na recepção e administração de recursos financeiros destinados à saúde (como na Colômbia, através das Instituições de Saúde Previsional), ou na transferência de recursos públicos para o setor privado (como no Brasil, através das Organizações Sociais de Saúde) (HOMEDES; UGALDE, 2005b).

No caso de Chile, foi o país pioneiro na América Latina na aplicação de reformas neoliberais no início da década de 1980. A Constituição Política de 1980, aprovada durante a ditadura de Augusto Pinochet, e as leis subsequentes favoreceram a maior segmentação e fragmentação do sistema de saúde. Isso incluiu a criação e entrada das ISAPRE no sistema de saúde chileno, autorizadas a arrecadar diretamente e administrar as construções sociais obrigatórias dos trabalhadores destinadas à provisão de serviços de saúde (HOMEDES; UGALDE, 2002, 2005a).

No caso de Colômbia, a Lei 100, de 1993, estabeleceu o modelo de competência regulada ou pluralismo estruturado no sistema de saúde colombiano. Dessa forma, foi instituído o Sistema General de Seguridade Social, baseado em esquemas de seguros de saúde. Ao contrário de Chile, na Colômbia, foi criado um fundo de solidariedade (FOSYGA) para distribuir os recursos financeiros destinados à saúde tanto para as Instituições de Saúde Previsional públicas quanto para privadas. No entanto, tanto no Chile como na Colômbia, a privatização da saúde não tem contribuído para reduzir as

iniquidades no acesso aos serviços de saúde (HOMEDES; UGALDE, 2005a; LÓPEZ CÁRDENAS; PEREIRA; MACHADO, 2017).

2.6.6. Eixo temático 6: Subfinanciamento público da saúde

Neste eixo temático, os autores latino-americanos, brasileiros (BAHIA, 2005, 2009; COSTA et al., 2011; MÉDICI, 1992; MONTI, 1992; OLIVEIRA JÚNIOR, 1993; SALDIVA; VERAS, 2018; VIANA; QUEIROZ; IBANEZ, 1995), chilenos (HERRERA, 2014) e outros autores (ARREDONDO; PARADA, 2000), incluem em seus estudos a discussão sobre o subfinanciamento público da saúde.

No Brasil, **Monti** (1992) assinala que o primeiro ministro de saúde do governo de Fernando Collor de Mello (1990-1992) reconheceu o “*inadequado padrão de financiamento*” e anunciou o seu objetivo de “*dobrar o gasto público em saúde*” (p. 42). No entanto, o autor salienta que, contrariamente ao anunciado, não se aumentaram os recursos financeiros para a implementação do SUS, dando continuidade assim ao subfinanciamento público, bem como a redução da participação do Governo Federal no gasto público em saúde, através de um menor repasse de recursos para os níveis subnacionais, afetando diretamente o processo de descentralização e municipalização da saúde (MONTI, 1992). Nesse sentido, no âmbito do Estado de São Paulo, Monti explica o seguinte:

Diante da crise financeira, o governador Fleury [1991-1994] envidou grandes esforços no sentido de assistir municípios e entidades [privadas], sem o que muitos serviços teriam interrompido suas atividades. Aplicando 12,68 % do orçamento estadual na área da saúde, em 1992, o governo do Estado passou a contribuir para o custeio desses serviços, realizando o que, antes, era responsabilidade exclusiva do Governo Federal. [...] De forma inédita, o governo do Estado fazia do subsídio aos integrantes do sistema de saúde uma das mais importantes linhas de sua atuação. (MONTI, 1992, p. 43-44).

Medici (1992), em concordância com Monti (1992), salienta que o gasto público em saúde no Brasil “*encontrava-se fortemente comprimido*” (p. 40), devido ao ajuste fiscal aplicado ao início da década de 1990. Esse ajuste fiscal reduziu os gastos governamentais em 3% do PIB (1991), sendo a redução do gasto social, em geral, e do gasto em saúde, em particular, de 73% e 27% da redução dos gastos governamentais, respectivamente. Mesmo assim, esse ajuste fiscal teve grande impacto no sector da saúde, afetando o montante dos repasses de recursos financeiros para os Governos Estaduais e

Municipais, e, conseqüentemente, afetando o processo de descentralização e municipalização da saúde (MÉDICI, 1992).

Medici (1992) adverte que o projeto de lei de reforma fiscal, proposto pelo governo de Fernando Collor de Mello, seria parte de uma estratégia do Governo Federal para reduzir o gasto federal em saúde, bem como a sua responsabilidade pela saúde, transferindo uma maior responsabilidade pelo financiamento da saúde para os Governos Estaduais e Municipais. Segundo o autor, em qualquer cenário da aplicação desse projeto de lei, ainda o mais favorável, ocorreria uma perda líquida na arrecadação de recursos financeiros para a Seguridade Social, e, em consequência, poderia agravar-se a situação de insuficiência de recursos para financiar a saúde (MÉDICI, 1992).

Oliveira Junior (1993) salienta que a política de financiamento da saúde era a principal responsável pela inviabilidade do SUS, acima de qualquer outro problema para sua implementação²⁸. O autor assinala que, apesar de a Constituição de 1988 ter estabelecido o acesso universal e igualitário as ações e serviços de saúde, e o dever do Estado de garanti-lo, não foram garantidos os recursos financeiros adicionais para enfrentar esses novos desafios. Nessa época, a política de financiamento da saúde estava baseada na Lei 8080 (Lei de criação do SUS), a Lei 8142 (Lei Orgânica de Saúde) e a Portaria 234 de 1992 (Norma Operacional Básica do SUS), as quais estabeleceram as fontes de financiamento para a saúde (OLIVEIRA JÚNIOR, 1993).

Segundo Oliveira Junior (1993), na prática, a continuidade do subfinanciamento público gerou um sistema de saúde dual no Brasil. Um segmento importante da população, as famílias com maior renda, pagavam por serviços privados fora do SUS; enquanto a maioria da população, as famílias com menor renda, recebia os serviços precários do SUS. Para o autor, de persistir a mesma política de financiamento da saúde, não haveria universalização do acesso à saúde nem equidade na atenção à saúde (OLIVEIRA JÚNIOR, 1993).

Oliveira Junior (1993) explica vários problemas do financiamento da saúde na época. Por exemplo, em 1992, o orçamento da Seguridade Social continuava sendo altamente dependente das contribuições sociais obrigatórias dos empregados e os trabalhadores (47%) e do Fundo de Investimento Social (20,5%), enquanto a participação do orçamento fiscal do Governo Federal se tornava cada vez menor (7,2%). Nesse mesmo ano, o SUS recebeu apenas o 22% do orçamento da Seguridade Social, quando, segundo

²⁸ Em 1989, o gasto total em saúde foi apenas de 4,18% do PIB. Desse gasto, o 55 % foi financiado pelo nível federal, o 12% pelo nível estadual e municipal, e o 33% pelo setor privado.

a Constituição de 1998, deveria ter recebido no mínimo de 30 % (OLIVEIRA JÚNIOR, 1993)

Para complicar ainda mais as coisas, o Governo Federal retirava recursos da Seguridade Social para financiar outras atividades com fins diferentes, como os **Encargos Previdenciários da União**. Além disso, existia uma significativa evasão fiscal nas contribuições sociais obrigatórias dos empregados e os trabalhadores²⁹ e em outras contribuições sociais, como o Fundo de Investimento Social e as contribuições sobre o lucro das empresas, assim como um débito acumulado do Governo Federal para com o Fundo da Previdência e Assistência Social³⁰. Esse cenário resultou em uma perda significativa de receitas para a Seguridade Social (desfinanciamento), além de uma maior pressão contributiva sobre os trabalhadores, aprofundando as iniquidades tributárias e, conseqüentemente, as sociais (OLIVEIRA JÚNIOR, 1993).

Viana, Queiroz e Ibanez (1995) salientam que, no cenário da nova Constituição do Brasil de 1988, havia uma contradição entre uma conjuntura política favorável à implementação da Seguridade Social e a crise econômica e fiscal da década de 1980, o qual comprometia a sustentabilidade financeira do SUS. O SUS estava particularmente afetado devido à alta dependência de seu financiamento do orçamento da Seguridade Social, uma vez que essa crise reduziu as rendas do trabalho e, em consequência, reduziu a arrecadação das contribuições sociais obrigatórias dos empregadores e trabalhadores (VIANA; QUEIROZ; IBANEZ, 1995).

Nesse sentido, Viana, Queiroz e Ibanez (1995) reconhecem a insuficiência de recursos para financiar o SUS, segundo os seus princípios, como a universalidade de acesso aos serviços de saúde. Segundo os autores, a persistência de uma alta dependência do orçamento da Seguridade Social, a redução das suas receitas devido às conseqüências da crise econômica, e apenas um ligeiro aumento do orçamento fiscal do Governo Federal e dos Governos Estaduais e Municipais³¹, impuseram um limite estreito para o financiamento do SUS, bem como para a expansão da oferta pública de serviços de saúde (VIANA; QUEIROZ; IBANEZ, 1995).

²⁹ A evasão tributária nas contribuições sociais obrigatórias sobre a folha de pagamento de salários foi estimada em 25% em 1986, 36% em 1987 e 41% em 1988.

³⁰ O débito acumulado do Governo Federal para com o Ministério da Previdência Social, entre 1986 e 1990, foi estimado em 12,2 bilhões de dólares.

³¹ O gasto público em saúde em relação ao PIB aumento de 2,2% em 1987 para 2,5% em 1989, correspondendo o 0,8% aos estados e municípios.

Bahia (2005) afirma que o direito universal à saúde, estabelecido na Constituição de 1988, somente poderá ser viabilizada pela “*ampliação e diversificação das fontes de financiamento da Seguridade Social*” (2005, p. 13). Mesmo assim, o autor assinala que as interpretações opostas sobre a relação entre o Estado e o mercado, as limitações econômicas e a aceitação condicionada dos governos às “recomendações” das agências internacionais, como o Banco Mundial, impuseram barreiras à implementação do SUS (BAHIA, 2005).

Bahia (2005) explica que, com a criação do SUS, os recursos financeiros para a saúde administrados previamente pelo Ministério da Previdência Social, através do INAMPS, e pelo Ministério de Saúde foram substituídos pelo orçamento da Seguridade Social. Isso incluiu a criação de fundos de saúde nos três níveis de governo, com repasses fundo a fundo, e a fixação de percentuais mínimos do orçamento fiscal que o Governo Federal e os Governos Estaduais e Municipais deviam destinar a ações e serviços de saúde. No entanto, o autor assinala que o desvio das receitas da Seguridade Social, através do Fundo Social de Emergência, em 1994, do Fundo de Estabilização Fiscal, em 1996, e da Desvinculação de Recitas da União, em 2000, permitiu ao Governo Federal dispor de até 20% desses recursos para outros fins, constituindo assim um mecanismo de desfinanciamento da saúde (BAHIA, 2005).

Além disso, Bahia (2005) explica que os recursos financeiros para a saúde provinham principalmente das contribuições sociais obrigatórias dos empregadores e trabalhadores, os impostos gerais, o gasto das famílias (gasto de bolso e gasto em planos privados de saúde) e o gasto das empresas (gasto em planos privados de saúde para os seus trabalhadores). Baseada nessa estrutura de financiamento, o autor salienta que existia um predomínio do gasto privado em saúde, tanto o gasto plano privados de saúde como o gasto de bolso das famílias³², evidenciando o caráter regressivo do financiamento do sistema de saúde no Brasil (BAHIA, 2005).

Depois, **Bahía** (2009), no seu estudo sobre os limites e perspectivas do SUS no Brasil, afirma que existia suficiente evidencia de que o baixo gasto público em saúde limitava a universalização do acesso aos serviços de saúde. Nesse cenário, o autor afirma que a produção e distribuição de ações e serviços de saúde continuaram com um padrão estratificado e iniquitativo, influenciado pela estrutura de financiamento da saúde, com

³² No período 2002-2003, o gasto em saúde financiado por impostos gerais e contribuições sociais obrigatórias foi de 3,5% do PIB, o gasto por planos de saúde privados foi de 1,9% do PBI e o gasto de bolso das famílias foi de 3,1% do PIB.

predomínio do gasto privado sobre o gasto público. Nesse sentido, Bahía explica o seguinte: “*As despesas do governo com saúde, entre 2000 e 2005, corresponderam a cerca de 3,2% do PIB, enquanto as oriundas de fontes privadas atingiram aproximadamente 4,8 %.*” (BAHIA, 2009, p. 754).

Costa et al. (COSTA et al., 2011) buscaram verificar o cumprimento da Emenda Constitucional 29, de 2000, respeito à regra de que os Governos Estaduais deviam destinar o mínimo de 12 % de suas receitas para o financiamento das ações e serviços de saúde no Brasil. Essa Emenda Constitucional, tinha estabelecido que, a partir de 2000, esta porcentagem aumentaria progressivamente de 7% para 12% em 2004. No entanto, os autores acharam que, em 2002, 23 Governos Estaduais destinaram menos de 12%, representando uma perda de R\$ 1.66 bilhões; enquanto que, em 2023, 22 Governos Estaduais destinaram menos de 12%, representando uma perda de R\$ 1.68 bilhões. Assim, os autores estimaram que, entre 2002 e 2009, acumulou-se uma dívida de R\$ 5.3 bilhões com o SUS, ou seja, recursos financeiros deixados de inverter no SUS (COSTA et al., 2011).

Além disso, Costa et al. (COSTA et al., 2011) salientam que, no início da década de 2000, continuou-se com a diminuição da participação do Governo Federal no financiamento do SUS. No entanto, apesar de os Governos Estaduais não terem cumprido com a Emenda Constitucional 29, estes, conjuntamente com os governos municipais, tiveram que compensar a menor participação do Governo Federal no financiamento do SUS. Nesse sentido, Costa et al. explicam o seguinte:

Em 2000, sua participação era de 59,8%, em 2001 de 56,2%, em 2002 de 53,1% e em 2003 de 48%. Constate-se que, se de um lado há uma diminuição da participação da União, por outro, há o consequente aumento relativo dos gastos em saúde para os Estados e Municípios. (COSTA et al., 2011, p. 139)

Saldiva e Veras (2018) analisam os logros e desafios do SUS, focado no financiamento da saúde, a gestão dos recursos financeiros e o acesso os serviços de saúde. Os autores abordam a questão do financiamento da saúde no Brasil, analisando a relação entre o gasto em saúde e o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde, comparando-o com sistemas universais de saúde (como Canadá ou Reino Unido) e os de maior gasto em saúde do mundo (como EUA), concluindo que os principais problemas do SUS eram tanto o insuficiente financiamento como a inadequada gestão dos recursos financeiros para a saúde (SALDIVA; VERAS, 2018).

Além disso, Saldiva e Veras (2018) assinalam que o gasto público em saúde no Brasil era menos de 50% do gasto total em saúde, o qual contrastava significativamente com o de outros sistemas universais de saúde, como Reino Unido (94,2%), Suécia (84%) e França (8 %). Contrariamente, o gasto público em saúde no Brasil estava mais perto do nível de gasto público em saúde dos EUA (47%), que tinha um sistema de saúde predominantemente privado. Nesse sentido, Saldiva e Veras assinalam o seguinte: *“Em outras palavras, as ações praticadas no Brasil parecem indicar que o país não acredita mais no SIS e articula um processo de terceirização dissimulada rumo à privatização”* (SALDIVA; VERAS, 2018, p. 52).

No Chile, **Herrera** (2014) assinala que, em 2011, o gasto público em saúde no Chile foi de 3,4% do PIB, correspondendo ao 44,7% do gasto total em saúde (excluindo as contribuições sociais obrigatórias arrecadadas pelas ISAPRE). Mesmo assim, o gasto público em saúde foi financiando com recursos financeiros provenientes de: 70% do orçamento fiscal, derivado dos impostos gerais, e 30% das contribuições sociais obrigatórias arrecadadas pelo FONASA. Herrera agrega o seguinte: *“Esta percentagem do gasto público é inferior à dos países da OCDE, sendo 72,2%.”* (HERRERA, 2014, p. 2).

Além disso, Herrera (2014) assinala que, em 2011, o gasto total em saúde foi financiado com recursos provenientes de: 30% do orçamento fiscal, 25% das contribuições sociais obrigatórias (incluindo a arrecadação do FONASA e das ISAPRE), e 45% do gasto privado em saúde, sendo o gasto de bolso em saúde o 36,9% do gasto total em saúde. Nesse cenário, o autor afirma que o gasto de bolso em saúde era considerado como a fonte de financiamento mais iniquitativa e menos eficiente, e um alto nível desse gasto estava relacionado a maior risco de gastos catastróficos e empobrecedores, principalmente as famílias de menor rendimento. Nesse sentido, Herrera agrega o seguinte: *“Esta situação [o alto gasto de bolso em saúde] coloca o país como um dos que apresenta maior percentagem deste tipo de gastos entre os países da OCDE.”* (HERRERA, 2014, p. 2).

No âmbito de América Latina, **Arredondo e Parada** (2000) assinalam que, no cenário da implementação da descentralização da saúde no México, Nicarágua e Peru, no período de 1992-1996, o gasto total em saúde no México foi diminuindo, na Nicarágua foi aumentando e no Peru permaneceu quase igual. Nos três países, continuou-se com uma alta participação do gasto de bolso das famílias no gasto total em saúde. Na Nicarágua, continuou-se com uma alta participação da cooperação externa, dos

empréstimos e das doações no gasto total em saúde. No México, a participação dos recursos provenientes dos Governos Estaduais foram aumentando, mas tiveram uma baixa participação no gasto total em saúde; enquanto, na Nicarágua e no Peru, essa informação não foi apresentada. Nesse cenário, os autores concluem que, nos três países, continuou-se com um baixo gasto público em saúde e os governos subnacionais mantiveram uma alta dependência financeira do Governo Nacional (ARREDONDO; PARADA, 2000).

Outros achados

Por outro lado, o artigo de Federico Tovar não pôde ser classificado em alguma das categorias de análise previamente estudadas, devido a que o tema de discussão desse autor foi sobre um método para analisar o setor saúde, incluindo o sistema de saúde e o seu componente de financiamento da saúde.

Tobar (2000) propõe um esquema analítico de três dimensões para o análise do setor saúde³³, sendo uma delas o próprio sistema de saúde, além do estado de saúde e as políticas de saúde. Em relação ao sistema de saúde, inclui-se o análise do modelo de gestão (de ordem político), o modelo de financiamento (de ordem económico) e o modelo de atendimento (de ordem técnico). Sobre o modelo de financiamento, o autor destaca como prioritárias as seguintes questões: o nível de gasto em saúde, as fontes de financiamento para um determinado nível de gasto em saúde e os mecanismos de alocação de recursos financeiros do nível nacional para os níveis subnacionais (TOBAR, 2000).

Em relação ao modelo de financiamento, Tobar (2000) assinala que as mudanças na economia, em geral, e no sistema tributário, em particular, podem fornecer as condições para redefinir as fontes de financiamento para a saúde. Nesse sentido, o autor assinala que anteriormente a tendencia na redefinição das fontes de financiamento se dava através das mudanças nas contribuições sociais obrigatórias vinculadas ao trabalho; no entanto, na atualidade, a tendência é a substituir essas fontes de financiamento por outras menos afetadas pelos ciclos económicos, nos períodos de recessão ou depressão económica (TOBAR, 2000).

³³ O autor considera três dimensões de análise do setor saúde: as políticas de saúde, como parte das políticas sociais, o estado de saúde da população, relacionado com a qualidade de vida, e o sistema de saúde.

Tobar (2000) adapta o método de Evans³⁴ para classificar e analisar os sistemas de saúde baseada no financiamento, priorizando as fontes de financiamento e os mecanismos de alocação ou pagamento pelos serviços de saúde, já que considera que as mudanças nesses aspectos têm impacto na gestão e no atendimento da saúde. Destacam-se entre os principais: o modelo voluntário de pagamento direto, através do pagamento a prestadores de serviços de saúde por parte das famílias; o modelo de contrato voluntário, através do pagamento de prêmios a empresas de seguros por parte das famílias; o modelo de contrato público, financiado por impostos e contribuições sociais, com separação de funções de financiamento (seguros públicos não competitivos) e prestação de serviços de saúde, subsídio à demanda e prestadores públicos e privados; e o modelo público integrado, financiado por impostos e contribuições sociais, sem separação de funções, com subsídio à oferta e prestadores públicos. No entanto, o autor reconhece que esses modelos podem apresentar variações, coexistir entre si e que um deles pode prevalecer sobre os demais (TOBAR, 2000).

³⁴ Roberts Evans, em 1981, elaborou um modelo empírico para classificar os sistemas de saúde, considerando o financiamento, o pagamento e a regulação.

3. CAPÍTULO 3: CONVERGENCIAS E DIVERGENCIAS ENTRE OS RESULTADOS DA REVISÃO INTEGRATIVA E O PENSAMENTO CRÍTICO DE VICENTE NAVARRO LÓPEZ

Neste terceiro capítulo, destaca-se as contribuições do pensamento crítico de Navarro ao analisar os mecanismos e consequências do capitalismo na saúde, especialmente na assistência médica, a partir da sua obra principal: *“La Medicina bajo el Capitalismo”* (1978), escrita originalmente em inglês em 1976. Nessa obra, Navarro afirma que a saúde está determinada principalmente pelas mesmas forças econômicas e políticas que determinam as sociedades capitalistas. Nesse sentido, e com o propósito de compreender as relações dialéticas entre a parte (a saúde) e o todo (a sociedade), Navarro utiliza um método de estudo diferente aos métodos tradicionais e predominantes nas ciências sociais nessa época (o funcionalismo): o método materialista histórico dialético (o marxismo).

O foco da obra principal de Navarro, *“La Medicina bajo el Capitalismo”* (1978), gira principalmente em torno de explicar a determinação social da saúde no capitalismo, incluindo as consequências do capitalismo na saúde, considerando a relação de dependência entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos. Em relação as consequências do capitalismo na saúde, Navarro foca a discussão na organização, financiamento e provisão de bens e serviços dos sistemas de saúde, bem como as iniquidades em saúde, segundo a classe social, a raça e o gênero.

Assim, o objetivo principal deste capítulo é discutir as convergências e divergências entre os resultados dos artigos incluídos na revisão integrativa e as contribuições do pensamento crítico de Vicente Navarro López, a partir da sua obra *“La Medicina bajo el Capitalismo”* (1978).

Para fazer a relação das convergências e divergências entre a revisão integrativa e o pensamento crítico de Navarro, optou-se por associar as cinco dimensões de análise identificadas por esse autor e os 23 artigos da revisão integrativa realizada no capítulo 2. As dimensões de Navarro são: 1) a crítica ao predomínio do funcionalismo na abordagem da saúde, 2) a crítica à teoria das etapas do desenvolvimento na abordagem da saúde, 3) os determinantes econômicos e políticos do subdesenvolvimento da saúde, 4) os determinantes econômicos e políticos do direito à saúde, e 5) a influência das agências internacionais nas decisões de política de saúde.

O objetivo é identificar se os autores dos 23 artigos da revisão integrativa se apropriam dessas dimensões e qual abordagem específica utilizam ao discutir o financiamento dos sistemas de saúde na América Latina no capitalismo contemporâneo em crise.

A Tabela 5 apresenta a quantidade e a porcentagem dos artigos da revisão integrativa que incorporam em sua discussão as dimensões de análise identificadas em Navarro. Dos 23 artigos da revisão integrativa, 39,1% tiveram alguma aproximação à crítica ao predomínio do funcionalismo na abordagem da saúde, opondo-o com o método de estudo marxista (o materialismo histórico dialético); 30,4% foram críticos com a teoria das etapas do desenvolvimento na abordagem da saúde; 47,8% abordaram os determinantes econômicos e políticos do subdesenvolvimento da saúde; 21,7% abordaram os determinantes econômicos e políticos do direito à saúde; e 26,1% discutiram a influência das agências internacionais nas decisões de política de saúde.

Tabela 5. Relação entre os artigos incluídos na revisão integrativa e as dimensões de análise de Vicente Navarro

Dimensões de análise identificadas em Navarro	Artigos (n = 23)	
	Quantidade	Porcentagem
Crítica ao predomínio do funcionalismo na abordagem da saúde	9	39,1%
Crítica à teoria das etapas do desenvolvimento na abordagem da saúde	7	30,4%
Determinantes econômicos e políticos do subdesenvolvimento dos sistemas de saúde	11	47,8%
Determinantes econômicos e políticos do direito à saúde	5	21,7%
Influência das agências internacionais nas decisões de política de saúde	6	26,1%

Fonte: elaboração própria.

3.1. DIMENSÕES DE ANÁLISE EM VICENTE NAVARRO LÓPEZ E SUA ABORDAGEM NOS ARTIGOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA

3.1.1. Dimensão de análise 1: Crítica ao predomínio do funcionalismo na abordagem da saúde

Nesta dimensão de análise, Navarro desenvolve uma crítica ao funcionalismo como método de estudo predominante nas ciências sociais, assim como na saúde. Navarro contrapõe esse método com o método marxista, ou seja, o materialismo histórico dialético, destacando as debilidades do funcionalismo para compreender a sociedade. Navarro também ressalta as principais diferenças entre o marxismo e o funcionalismo, contribuindo para uma perspectiva crítica na abordagem da sociedade e da saúde.

Navarro afirma que **o método funcionalista é limitado e limita a compreensão** da sociedade em sua totalidade. Mesmo assim, Navarro explica que o método funcionalista **gera um modelo abstrato da sociedade** ao analisar os seus componentes, presumindo que, com isso, seria possível posteriormente chegar a um modelo que facilitasse a compreensão da sociedade.

Além disso, Navarro destaca que **a principal diferença** entre o marxismo e o funcionalismo reside na compreensão de: *“o contexto social em que ocorrem as funções institucionais, a relação entre os agentes sociais e as funções institucionais, e como essas relações sociais se relacionam entre si e com as demais”* (NAVARRO, 1985, p. 446). Outras diferenças importantes são as **diferenças de poder entre os componentes da sociedade** e as **funções contraditórias desses componentes**, dependendo de sua posição de poder na sociedade.

Nesse sentido, buscou-se identificar se os artigos da revisão integrativa desconsideram o uso do método funcionalista para estudar o financiamento dos sistemas de saúde. **Verificou-se que 39,1% (9) dos artigos se aproximam ao uso do marxismo para estudar o financiamento dos sistemas de saúde.** Em geral, esses artigos analisam primeiro o contexto político e econômico da sociedade (o todo) para, depois, com essa compreensão, analisar como esses elementos interagem (relação dialética) com as mudanças no financiamento dos sistemas de saúde (a parte). No entanto, nenhum desses artigos foi explícito nem rigoroso no uso do método marxista em sua análise do financiamento dos sistemas de saúde.

Os outros artigos da revisão (60,9% [14]) não adotam a abordagem marxista para estudar o financiamento dos sistemas de saúde. Esses estudos, embora também não adotem explicitamente o funcionalismo, concentram-se em estudar os problemas e desafios do financiamento dos sistemas de saúde, explorando causas internas do próprio setor saúde. No melhor dos casos, oferecem apenas uma análise descritiva introdutória do contexto econômico e político saúde.

No Brasil, Muller Neto (1989) não explicita o método de estudo utilizado para analisar a questão do financiamento da saúde desde a perspectiva municipal. No entanto em sua análise, estabelece um diálogo com o contexto político da época, abrangendo a implementação do SUDS, o processo constituinte e a reforma tributária subsequente à aprovação da Constituição Política de 1988, e explorando a inter-relação entre esses elementos e a criação e implementação inicial do SUS.

Guimaraes (1991) também não explicita o método de estudo utilizado para analisar as alternativas de financiamento para o SUS. No entanto, estabelece um diálogo com o contexto político e econômico nacional e internacional da época, abordando a crise fiscal do Estado brasileiro e a crise dos Estados de Bem-Estar dos países desenvolvidos, e como esses elementos influenciaram a implementação inicial do SUS.

Medici (1992) também não explicita o método de estudo utilizado para analisar o projeto de reforma fiscal no Brasil e o financiamento do SUS. No entanto, estabelece um diálogo entre os objetivos de política econômica do projeto de reforma fiscal, incluindo a reforma tributária, e os seus possíveis efeitos no financiamento do SUS.

Oliveira (1993) também não explicita o método de estudo utilizado para analisar os problemas e propostas para a política de financiamento do SUS. No entanto, destaca as resistências políticas à unificação do sistema de saúde e universalização da saúde e sua inter-relação com as mudanças na política de financiamento para a implementação do SUS.

Viana et al. (1995) também não esclarecem o método de estudo utilizado para analisar a relação entre o público e o privado diante da implementação do SUS. Contudo, estabelecem uma inter-relação importante entre o a crise econômica da década de 1980, o questionamento ao modelo de Estado desenvolvimentista das últimas décadas e a mudança desse modelo para um modelo neoliberal, os quais são discutidos em conjunto com as novas relações entre o público e o privado diante da reforma sanitária brasileira.

Bahia (2005, 2009) também não explicita o método de estudo utilizado para analisar as mudanças no financiamento do SUS e o seu impacto nas relações entre o

público e o privado, nem para analisar a implementação do direito universal a saúde através do SUS. No entanto, estabelece uma inter-relação entre a evolução das políticas sociais baseadas na agenda neoliberal e o SUS, que, embora tenha sido criado sob o princípio da universalidade da saúde, foi permeado por contradições entre o que foi formalmente proposto e o que foi realmente implementado.

Rizzotto e Campos (2016) também não esclarecem o método de estudo utilizado para analisar a influência do Banco Mundial sobre o SUS durante o século XXI. Contudo, discutem o papel político desempenhado pelo Banco Mundial, incluindo a sua dinâmica de intervenção e intencionalidade, e sua influência sobre as responsabilidades do Estado brasileiro, a gestão pública e as políticas de saúde.

Na Argentina, Belmartino (1997) também não explicita o método de estudo utilizado para analisar a situação das Obras Sociais. No entanto, o autor realiza uma análise histórico das mudanças na organização e financiamento das Obras Sociais integrando-as aos processos mais amplos de mudanças na economia e na política argentina durante a década de 1990, incluindo a reforma do Estado, com a introdução da ideologia e as políticas neoliberais no país.

Nesta dimensão de análise, observa-se que vários autores brasileiros (BAHIA, 2005, 2009; GUIMARÃES, 1991; MÉDICI, 1992; MULLER NETO, 1989; OLIVEIRA JÚNIOR, 1993; RIZZOTTO; CAMPOS, 2016; VIANA; QUEIROZ; IBANEZ, 1995) e apenas um autor argentino (BELMARTINO, 1997) se aproximam do uso do método marxista, defendido por Navarro, para estudar os problemas e desafios do financiamento dos sistemas de saúde em seus respectivos países. Esses estudos buscam estabelecer uma discussão histórica e dialética entre as forças econômicas e políticas presentes nas sociedades capitalistas e aquelas presentes dentro do setor saúde para compreender o que ocorre dentro do próprio setor saúde, especialmente no que diz respeito as mudanças nos seus sistemas de saúde e sua política de financiamento da saúde.

3.1.2. Dimensão de análise 2: Crítica à teoria das etapas do desenvolvimento econômico na abordagem da saúde

Nesta dimensão de análise, Navarro desenvolve uma **crítica às teorias sociológicas de desenvolvimento econômico adotadas nos países subdesenvolvidos**. Primeiramente, o principal pressuposto das teorias sociológicas do desenvolvimento mais

influentes dessa época consistia na **transformação de um modelo subdesenvolvido para outro desenvolvido**.

Em segundo lugar, o foco principal da crítica de Navarro foi sobre a teoria predominante da época: a **teoria das etapas do desenvolvimento econômico** de Rostow. Essa teoria estava baseada em cinco etapas: 1) a sociedade tradicional, 2) as pré-condições para o arranco, 3) o arranco, 4) a marcha para a maturidade, e 5) a era do consumo em massa, as quais deviam ser **impulsadas pela difusão cultural e tecnológica e pela difusão de capital dos países desenvolvidos para os subdesenvolvidos**. No entanto, o mesmo Rostow reconhecia que essa teoria era arbitrária, limitada e não exata para explicar a história econômica moderna.

Em terceiro lugar, Navarro critica a **amplia aplicação da teoria das etapas do desenvolvimento econômico nas investigações sobre os sistemas de saúde nos países subdesenvolvidos**. Sob essa teoria, o subdesenvolvimento da saúde nos países subdesenvolvidos pode ser explicada pela falta de **difusão cultural e tecnológica** dos países desenvolvidos para os subdesenvolvidos, tornando-se necessário que os países subdesenvolvidos adotem modelos de educação médica e assistência médica provenientes dos países desenvolvidos; e à **escassez de capital nacional** nos países subdesenvolvidos, tornando impossível a construção de sistemas universais de saúde garantidos pelo Estado nesses países.

Nesse sentido, buscou-se identificar se os artigos da revisão integrativa desconsideraram os pressupostos da teoria das etapas de desenvolvimento econômico em sua discussão sobre o financiamento dos sistemas de saúde. **Verificou-se que 30,4% (7) dos artigos discutem o financiamento dos sistemas de saúde com ideias contrárias à teoria das etapas de desenvolvimento econômico**. Em geral, esses artigos destacam a relevância a responsabilidade do Estado para garantir o direito universal à saúde, mediante a ampliação da oferta pública de serviços de saúde, adequando-os às necessidades de saúde da sua população, e uma política de financiamento da saúde adequada para efetivar esse direito para toda a população.

Os outros artigos da revisão (69,6% [16]) não questionam a transição ou consolidação do modelo de desenvolvimento adotado pela sociedade nem a sua inserção nos sistemas de saúde, que seguiram uma orientação neoliberal, especialmente em relação à organização e ao financiamento ou à relação entre o público e o privado. Embora esses artigos possam abordar o contexto econômico ou político de seus países, a maioria deles se limita a descrever os processos de reforma ou modernização apenas no setor saúde.

No Brasil, Medici (1987) explica que, na época, havia um amplo consenso sobre a necessidade de construir um sistema universal de saúde, que proporcione acesso aos serviços de saúde para toda a população com base na condição da cidadania. O autor destaca que, pelo contrário, durante a Reforma Previdenciária de 1967 não existia a aspiração de unificar o sistema de saúde nem garantir um acesso universal e equitativo aos serviços de saúde. Nesse contexto, o autor aborda os problemas exógenos e endógenos do financiamento da saúde, propondo alternativas fundamentadas no direito universal à saúde defendido pelo movimento da Reforma Sanitária, no cenário da Nova República (após de 1985) e no processo constituinte para a aprovação da Constituição Política de 1988.

Guimaraes (1991) salienta a discussão sobre os projetos de reorganização do SUS (ainda em implementação), baseados nos princípios da universalidade, equidade e integralidade das ações e serviços de saúde, mesmo em meio à crise fiscal do Estado brasileiro e à crise dos Estados de Bem-Estar europeus. Nesse contexto, o autor destaca que a definição das alternativas de financiamento da saúde ia ocorrer por meio de um processo político, o qual ia refletir, por sua vez, o modelo político, econômico e social adotado pela sociedade brasileira.

Monti (1992) salienta o papel do movimento da Reforma Sanitária brasileira na implementação de transformações estruturais no setor de saúde, mais do que em qualquer outro setor social no Brasil, a partir das experiências das Ações Integradas de Saúde e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. No entanto, o autor reconhece que nesse amplo movimento havia correntes em disputa, aquela de caráter racionalizador e aquela fundamentada no direito universal à saúde. Nesse sentido, o autor posiciona-se contra do modelo de sistema de saúde anterior ao SUS, caracterizado pela dicotomia entre ações preventivas a cargo do Estado e ações curativas a cargo da Previdência Social, mas fornecidas por uma ampla rede privada de serviços de saúde; pela concepção de seguro social predominante na assistência médica, com acesso restrito aos trabalhadores formais e suas famílias; e pela fragmentação das agências governamentais responsáveis pela saúde.

Bahía (2005, 2009) salienta que o SUS foi construído baseado no princípio do direito universal à saúde, representando uma ruptura com o modelo anterior de sistema de saúde e com outras políticas sociais no país. Assim, autor destaca a unificação do sistema de saúde e a universalização do acesso aos serviços de saúde para toda a população. Não entanto, o autor assinala que a política de saúde, a pesar do estabelecido

na Constituição Política de 1988, não conseguiu superar os problemas estruturais econômico-financeiros comuns a todas as políticas sociais no país, devido, em parte, à adoção da agenda neoliberal pelos diversos governos de turno.

Nesse cenário, Bahia (2005, 2009) critica o processo de reestratificação do acesso aos serviços de saúde segundo o status sócio-ocupacional, ao mesmo tempo em que ocorria um maior desenvolvimento do setor privado, tanto na sua demanda como na sua oferta, a través da flexibilização da regulação dos estabelecimentos filantrópicos no SUS e a expansão da cobertura dos planos privados de saúde. Segundo a autora, aquilo foi muitas vezes apoiado pelas próprias políticas governamentais e às costas dos recursos financeiros públicos.

Rizzotto e Campos (2016) discute como a crise do capitalismo contemporâneo tem levado ao capital a expandir-se para setores sociais, como o setor saúde, buscando transformá-los em setores voltados para a valorização do capital. Nessa perspectiva, os autores criticam o papel desempenhado pelo Banco Mundial, que, no início da implementação do SUS, questionou vigorosamente a sua sustentabilidade financeira, sob responsabilidade do Estado, para garantir a universalidade e integralidade das ações e serviços de saúde, em oposição à sua defesa do “modelo” de “Cobertura Universal de Saúde”. Além disso, os autores criticam a defesa que o Banco Mundial fez de uma maior participação do setor privado na gestão e a provisão de serviços de saúde no SUS. Segundo os autores, a intervenção do Banco Mundial na saúde obedecia ao seu pensamento neoliberal e à busca de influenciar na adequação do setor para uma lógica de mercado, contrários aos princípios do SUS.

Saldiva e Veras (2018) defendem a necessidade de fortalecer o sistema público e unificado de saúde no Brasil, ou seja, o SUS. Os autores se posicionam contra a privatização dos serviços públicos, desconsiderando-o como uma alternativa para ampliar o acesso aos serviços de saúde para a maior parte da população. Em contraste com países com sistemas universais de saúde (Reino Unido) e países que tem o maior gasto total em saúde (EUA), mas com menor equidade do acesso aos serviços de saúde, os autores advertem que um adequado funcionamento do SUS requer tanto de um financiamento suficiente como de uma gestão adequada dos recursos financeiros.

Nesta dimensão de análise, observa-se que vários autores brasileiros (apenas autores brasileiros) (BAHIA, 2005, 2009; GUIMARÃES, 1991; MEDICI, 1987; MONTE, 1992; RIZZOTTO; CAMPOS, 2016; SALDIVA; VERAS, 2018) discutem o

financiamento da saúde em um país subdesenvolvido como Brasil, apresentando ideias contrárias à teoria das etapas do desenvolvimento econômico de Rostow, criticada pelo Navarro. Esses autores discutem os desafios para avançar na implementação de um sistema universal de saúde e as mudanças na política de financiamento necessárias para sua adequada implementação, indo contra as ideias derivadas da teoria das etapas do desenvolvimento econômico aplicadas à saúde.

3.1.3. Dimensão de análise 3: Determinantes econômicos e políticos do subdesenvolvimento da saúde

Nesta dimensão de análise, Navarro (1978) discute sobre a **distribuição do poder político**, a **legitimidade das instituições políticas** e a **natureza do Estado** nas sociedades capitalistas, bem como a **luta de classes** como um fator determinante na distribuição e consumo de bens e serviços de acordo com a classe social.

Primeiramente, Navarro afirma que são as **forças econômicas e políticas** presentes nas sociedades capitalistas que **determinam o subdesenvolvimento dos sistemas de saúde**. Em segundo lugar, Navarro destaca a relevância do **contexto político e as variáveis políticas**, como as tradições políticas e as políticas públicas são implementadas durante seus mandatos, na determinação das **desigualdades sociais e de saúde**.

Em terceiro lugar, Navarro explica que o **subdesenvolvimento do processo democrático** e o **desequilíbrio das relações de poder de classe social** possibilitaram uma enorme **influência da classe dominante** e os grupos de poder **sobre as instituições políticas**, bem como sobre os meios de comunicação e a academia. Essas determinações, em conjunto, são apontadas como responsáveis pela **falta de sistemas nacionais de saúde**, pelo **subfinanciamento público**, pela **falta de universalidade no acesso aos serviços de saúde** e pelo **deterioro do estado de saúde da população**, incluindo o **aprofundamento das desigualdades de saúde**.

Em quarto lugar, Navarro destaca que, na época, muitos **governos adotaram uma orientação neoliberal**, em maior ou menor intensidade, **independentemente da sua tradição política, favorecendo e implementando políticas neoliberais**. Esse tipo de políticas incluíram **políticas de austeridade fiscal**, especialmente sobre as políticas sociais, e a **privatização dos serviços públicos**, enfraqueceram os sistemas de saúde e reduziram sua capacidade de resposta sanitária.

Nesse sentido, buscou-se identificar se os artigos da revisão integrativa incorporam os determinantes econômicos e políticos do subdesenvolvimento da saúde em sua discussão sobre o financiamento dos sistemas de saúde. **Verificou-se que 47,8% (11) dos artigos discutem o financiamento dos sistemas de saúde incorporando os determinantes econômicos e políticos presentes em suas próprias sociedades capitalistas, destacando** como esses elementos influenciam nas decisões de política de saúde e, mais especificamente, na política de financiamento da saúde.

Os demais artigos da revisão (52,2% [12]) não incorporam em sua discussão os determinantes econômicos ou políticos do subdesenvolvimento da saúde. Em vez disso, esses artigos se enfocam em discutir apenas os fatores internos ao setor saúde que influenciam as mudanças nos sistemas de saúde e seu financiamento, ou realizam apenas uma análise descritiva dessas mudanças.

No Brasil, Medici (1987) discute, embora não profundamente, os problemas exógenos ao setor saúde do financiamento do sistema de saúde. Diante da necessidade de aumentar o montante de recursos financeiros para a universalização do direito à saúde, o autor destaca a importância de uma reforma tributária estrutural e progressiva e uma ampla vontade política da nação para implementá-la.

Muller Neto (1989) discute os determinantes econômicos para o financiamento da saúde no Brasil a nível municipal, principalmente reivindicando a importância da reforma tributária e o avanço da descentralização e municipalização da saúde. Segundo o autor, os problemas de financiamento dos municípios estavam inseridos em um contexto mais amplo de políticas de austeridade fiscal e perda de autonomia política e administrativa dos municípios. Esses problemas perduravam desde a Ditadura Militar (1964-1985), com seu regime autoritário e sua política de centralização do poder no Governo Federal. Para o autor, o processo constituinte e a aprovação da Constituição Política de 1988 facilitaram a reforma tributária e as mudanças na política de financiamento da Seguridade Social e do SUS.

Guimaraes (1991) destaca que a discussão sobre as alternativas para o financiamento do SUS, a fim de efetivar o direito universal à saúde estabelecida na Constituição Política de 1988, transitou por um processo político, mais do que técnico ou econômico. O autor assinala que esse processo implicou, por sua vez, um longo caminho de maturação, negociação e participação social face tanto à sua complexidade como aos seus conflitos políticos, especialmente no contexto de crise fiscal do Estado e crise dos

Estados de Bem-Estar nos países desenvolvidos. Nesse sentido, o autor afirma que esses processos refletem o modelo político, econômico e social adotado pela sociedade.

Guimaraes (1991) explica que o financiamento, em sua dimensão política, *“implica a definição do quanto e do como as sociedades pretendem gastar os recursos gerados no processo produtivo e que setores devem ser priorizados.”* (GUIMARÃES, 1991, p. 22). O autor afirma que as sociedades podem ser analisadas em relação ao método que aplicam para obter os seus recursos para satisfazer as necessidades da população. No caso da saúde, o autor considera que essa decisão é externa ao setor saúde, e depende do significado que a sociedade dê ao direito a saúde e ao serviço público de saúde. Nesse sentido, Guimaraes e Navarro concordam sobre a importância dos determinantes econômicos e políticos do subdesenvolvimento da saúde, o qual poder ser evidenciado na seguinte afirmação:

Em um sistema sanitário público, os recursos relacionam-se a parâmetros socioeconômicos e políticos. Nesse caso, a relação entre disponibilidade econômica e custo dos fatores empregados dá-se a partir do enfrentamento político entre as diversas forças sociais, econômicas e sindicais, onde as propostas e as exigências do setor saúde vem confrontadas com o quadro econômico global do país. (GUIMARÃES, 1991, p. 23)

Medici (1992) discute o financiamento do SUS à luz dos efeitos que teria a aplicação do projeto de reforma fiscal no Brasil, promovida pelo governo de Fernando Collor de Melo. O autor explica que esse projeto iria mudar a natureza da base tributária no país, incluindo as fontes de financiamento para o SUS, através de uma emenda constitucional, no entanto, segundo o autor, em qualquer cenário ocorreria uma perda efetiva de recursos que reduziria o montante de recursos financeiros do SUS. Nesse sentido, o autor destaca a importância das decisões e políticas promovidas pelo governo de turno na procura de garantir o cumprimento de regras fiscais e favorecer o pagamento ou a renegociação da dívida externa do país, embora estas tenham efeitos negativos nas políticas sociais, incluindo a saúde.

Oliveira Júnior (1993) discute o processo de implementação do SUS e destaca as resistências políticas à unificação do sistema de saúde e à universalidade e equidade do acesso aos serviços de saúde, bem como a inadequada política de financiamento. Nesse sentido, o autor questiona a falta de priorização das políticas sociais, incluindo a saúde, apesar do estabelecido na Constituição Política de 1988. Mesmo assim, o autor chega a questionar o papel do Estado, suas prioridades e quem, o como, as define.

Viana, Queiroz e Ibanez (1995) discutem os novos mecanismos de relacionamento entre o público e o privado no início da implementação do SUS, face à escassez de recursos financeiros para a saúde, no contexto mais amplo da crise econômica internacional e no Brasil da década de 1980. O autor destaca que, por um lado, a limitação de financiamento prejudicou a implementação do SUS, de acordo com os princípios da universalidade do direito à saúde; por outro lado, a crise econômica justificou a entrada da lógica neoliberal no país, especialmente nos setores sociais, incluindo a saúde. Assim, o autor explica que essa crise econômica propiciou uma transição do modelo de desenvolvimento e crescimento econômico com forte intervenção do Estado, implementado nas décadas anteriores, para um modelo de desenvolvimento de orientação neoliberal.

Além disso, Viana, Queiroz e Ibanez (1995) explicam que a crise fiscal do Estado, como consequência da crise econômica, resultou na continuidade do subfinanciamento das políticas e serviços sociais, incluindo a saúde. Isso foi contra as aspirações de universalização do direito à saúde promovidas pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Nesse sentido, o autor destaca o seguinte: *“Assim, por um lado a conjuntura favorável permitiu a formulação da reforma, por outro lado a crise econômico e fiscal do Estado tem imposto limites estritos a sua implementação”* (VIANA; QUEIROZ; IBANEZ, 1995, p. 20).

Bahía (2005, 2009) reconhece o com a criação do SUS deu-se uma ruptura com as formas prévias de organização das políticas sociais no Brasil, devido a que através do SUS unificou-se os diversos subsistemas de saúde público e procurou-se a universalização do direito à saúde, e o dever do Estado de garantir esse direito para toda a população pela sua condição de cidadania. No entanto, a autora reconhece que, na década de 1990, houve determinantes políticos e econômicos que se configuraram como obstáculos estruturais à ampliação de políticas de proteção social. Isso incluiu a adesão de setores do governo à agenda neoliberal, expressa no subfinanciamento das políticas sociais e na adoção de políticas sociais diferenciadas e focalizadas de acordo com o nível de rendimento dos grupos populacionais. No caso da saúde, essas políticas avançaram para o desfinanciamento do SUS, bem como para a ampliação da oferta e demanda de planos privados de saúde, configurando assim um novo padrão de reestratificação do acesso aos serviços de saúde de acordo com o status sócio-ocupacional da população.

Rizzoto e Campos (2016) abordam um dos determinantes políticos mais relevantes na reprodução da ideologia neoliberal: as agências internacionais, em

particular o Banco Mundial, e sua influência nas políticas públicas. Nesse sentido, os autores discutem o papel do Banco Mundial após da criação do SUS em relação às responsabilidades do Estado e à gestão pública, deslocando sua influência do nível federal para o nível estadual e local, em correspondência com o avanço do processo de descentralização. Assim, o autor considera relevante o contexto político na época: “[...] a saúde tem se transformado em um espaço de luta política e ideológica. [...] o movimento sanitário brasileiro tem acumulado derrotas no legislativo, na disputa do Fundo Público e na própria implementação das diretrizes organizativas do sistema [O SUS]” (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016, p. 265).

No Chile, Castañeda (1987) discute o contexto econômico e político na qual ocorreram as reformas neoliberais introduzidas no sector saúde no final da década de 1970. No entanto, ao contrário de Navarro, o autor não discute criticamente esse tipo de reformas, mas a justifica como necessárias. Segundo o autor, na época, a provisão de serviços de saúde estava excessivamente concentrada no Estado, os usuários não tinha liberdade de escolha dos prestadores de saúde e existiam programas de saúde gratuitos para grupos populacionais com capacidade de pagamento. Nesse cenário, o autor considerou necessário promover a colaboração do setor privado na provisão de serviços de saúde, assegurar a liberdade de escolha para os usuários, e subsidiar a atenção médica apenas para grupos populacionais sem capacidade de pago, e, conformidade com o princípio de subsidiariedade do Estado estabelecido na Constituição Política de 1980.

Na Argentina, Belmartino (1997) discute as propostas de mudanças na organização e financiamento das Obras Sociais, à luz das mudanças mais abrangentes na economia e na reforma do Estado. Essas mudanças, de orientação neoliberal, pretendiam introduzir a lógica e os mecanismos de mercado no subsistema das Obras Sociais, e foram promovidas pelo governo de Carlos Menem, e têm antecedentes que remontam à crise econômica da década de 1980. No entanto, o autor reconhece a presença de forças de oposição a essas mudanças, sendo essas as mesmas forças que construíram para a configuração fragmentada e heterogênea das Obras Sociais, as quais têm capacidade de direcioná-las ou redefini-las no sentido mais favorável para sua própria lógica econômica e sócio-política. Nesse sentido, Belmartino concorda com Navarro sobre a relevância do contexto político e as variáveis políticas, como a correlação de forças entre classes sociais e a reprodução do poder da classe dominante nas instituições políticas, na definição das políticas sociais e de saúde.

Nesta dimensão de análise, observa-se que vários autores brasileiros (GUIMARÃES, 1991; MEDICI, 1987; MÉDICI, 1992; MULLER NETO, 1989; OLIVEIRA JÚNIOR, 1993; VIANA; QUEIROZ; IBANEZ, 1995) e apenas um autor chileno (CASTAÑEDA, 1987) e um autor argentino (BELMARTINO, 1997) incorporam em sua discussão sobre o financiamento da saúde os determinantes econômicos e políticos presentes em suas próprias sociedades capitalistas. Esses autores discutem os problemas e desafios do financiamento exógenos ao setor saúde, de ordem econômico e político, na busca de aumentar o montante de recursos financeiros para a saúde, bem como os diversos processos ou projetos de reforma fiscal ou tributaria na procura de alternativas para o financiamento da saúde. Entre os determinantes econômicos e políticos discutidos, destaca-se a ampla difusão das ideias neoliberais e a aplicação de políticas neoliberais promovidas pelo Estado capitalista, além da adoção do princípio da subsidiariedade do Estado. Isso incluiu políticas de austeridade fiscal, especialmente para os setores sociais, e políticas de mercantilização e privatização dos serviços públicos.

3.1.4. Dimensão de análise 4: Determinantes econômicos e políticos do direito à saúde

Nesta dimensão de análise, Navarro (1978) discute criticamente a origem e o uso político dos direitos humanos em favor do capitalismo. Primeiramente, Navarro afirma que **os direitos humanos foram utilizados** pelos EUA e outros países capitalistas centrais como uma **estratégia para impor ao mundo uma suposta superioridade moral do capitalismo**.

Em segundo lugar, Navarro afirma que os direitos humanos são **defendidos seletivamente, apenas restrita à sua dimensão civil e política**, negligenciando ou relegando a defesa dos direitos sociais e econômicos. No capitalismo, **o direito à vida e, conseqüentemente, à proteção contra os danos tornam-se dependentes e estão subordinados ao direito à propriedade privada e à acumulação de capital**. Além disso, a **enorme influência da classe capitalista sobre o aparelho do Estado e as instituições políticas**, bem como o seu controle dos sistemas geradores de valores, **explicam a exclusão da competência política de ideologias e partidos políticos que questionam o status quo** das relações de poder e a propriedade privada dos meios de produção e a ampla reprodução da ideologia neoliberal funcional ao capitalismo.

Em terceiro lugar, Navarro salienta a **falácia da suposta independência dos direitos cíveis e políticos em relação aos direitos sociais e econômicos** e a falácia da suposta dicotomia e conflito entre os direitos cíveis e políticos e os direitos sociais e econômicos.

Nesse sentido, buscou-se identificar se os artigos da revisão integrativa abordam em sua discussão os determinantes políticos e econômicos do direito à saúde. **Verificou-se que apenas 21,7% (5) dos artigos discutem** o financiamento dos sistemas de saúde pautados na defesa do direito a saúde e sua não subordinação à lógica de mercado neoliberal nem à dinâmica do capitalismo contemporâneo.

Os demais artigos da revisão (78,3% [18]) não abordam em sua discussão os determinantes políticos ou econômicos do direito à saúde. Em vez disso, eles discutem os problemas e desafios do financiamento dos sistemas de saúde, mas sem considerar a importância do direito à saúde para fundamentar sua abordagem.

No Brasil, Medici (1987) discute as necessidades de mudanças no sistema de saúde na década de 1980 em um contexto de mudanças na concepção da finalidade e abrangência da saúde, contrárias à concepção predominante na Reforma Previdenciária de 1967. Essas mudanças buscavam estabelecer um sistema universal de saúde, reconhecendo o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde como um direito de cidadania e um dever do Estado garantir esse direito. Em relação ao financiamento para esse novo sistema de saúde e o direito universal à saúde, o autor assinala o seguinte:

No Brasil, só agora começa-se a pensar na incorporação da saúde equânime e universal como direito de cidadania social. A criatividade da proposta brasileira, especialmente no que diz respeito ao seu financiamento deve ser, portanto, maior para que a saúde, enquanto direito social, não seja simplesmente um artigo de ficção. (MEDICI, 1987, p. 595–596)

Bahía (2005, 2009) reconhece que a criação do SUS foi fundamentada no direito universal à saúde, o qual representou uma ruptura com o “modelo” de políticas sociais segmentadas e focalizadas anteriores ao SUS. Mesmo assim, a autora reconhece que a unificação dos subsistemas de saúde, mediante o SUS, estabelecida na Constituição Política de 1988, foi resultado de um longo e intenso processo político de participação social na defesa do direito à saúde como direito de cidadania. Além disso, a autora afirma que esse direito, formalizado pela Constituição Política de 1988, somente poderia ser garantido pela ampliação e diversificação das fontes de financiamento para a Seguridades Social, em geral, e o SUS, em particular.

Além disso, Bahia (2005, 2009) discute as bases políticas da reestratificação da oferta e demanda de serviços de saúde, com predomínio do setor privado, assim como a redefinição da composição e perfil dos atores sociais, suas formas de organização e estratégias para a ação coletiva. Dessa forma, a autora reconhece a complexificação da gestão de interesses no SUS, incluindo as alterações dos papéis das entidades de representação dos trabalhadores de saúde, que resultaram em um afastamento dessas entidades da luta pela defesa da universalização do direito à saúde e uma aproximação ao empresariado privado na busca por cobertura de planos e seguros privados de saúde.

Rizzotto e Campos (2016) discutem a relação do Banco Mundial com o setor saúde no Brasil, sendo uma de suas dimensões de análise a garantia do direito universal à saúde. Para os autores *“O direito universal à saúde não faz parte do ideário neoliberal e também não é mencionado nos princípios filosóficos do Banco”* (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016, p. 264). Segundo os autores, no ideário neoliberal, ao qual o Banco Mundial tem afinidade, a saúde é considerada como uma mercadoria e deve ser fornecida pelo mercado, sob o suposto de que o mercado seria mais eficiente do que o Estado na organização da produção e distribuição dos bens e serviços. Assim, o Estado apenas deveria regular a oferta de serviços de saúde e garantir mínimos essenciais, como ações de saúde pública tradicionais e serviços de saúde focalizados para a população sem capacidade de pagamento, permitindo assim o bom funcionamento do mercado.

Segundo Rizzotto e Campos (2016), o Banco Mundial considera que os princípios de garantia legal da gratuidade no SUS e a expansão da rede pública de saúde não são condições necessárias para garantir o direito universal à saúde no Brasil. Isso se deve ao fato de que em vários países que reconhecem esse direito, os serviços não são totalmente gratuitos e nem integralmente prestados pelo subsistema público. Mesmo assim, o Banco Mundial crítica que no SUS não exista uma lista explícita de serviços cobertos e que não haja limitação dos procedimentos de alto custo apenas para aqueles que provavelmente se beneficiarão deles, gerando ineficiências e custos desnecessários. Nesse sentido, os autores assinalam o seguinte:

Essa crítica ao direito universal e acesso integral à saúde reitera a posição do Banco de que o Brasil ousou demasiado ao criar o SUS, e aponta para soluções que restringem o acesso e reduzem o direito. A defesa do uso da relação custo-efetividade como parâmetro para a alocação de recursos e a oferta limitada de serviços de saúde se alia à ideia de “cobertura universal”, conceito adotado por organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o próprio Banco [...]. (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016, p. 268).

Nesse sentido, Rizzotto e Campos (2016) concordam com Navarro sobre a defesa seletiva dos direitos humanos no capitalismo, apenas restrita aos direitos civis e políticos, negligenciando ou relegando os direitos sociais e econômicos, como o direito à saúde. Nesse sentido, os autores afirmam o seguinte: “*O Banco atualiza o ideário liberal incorporando conceitos do campo progressistas, com a noção de equidade, modificando-os semanticamente e reduzindo ao campo do possível liberal projetos históricos do movimento sanitário, como o caso da cobertura universal versus sistema universal [...]*” (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016, p. 264).

No Chile, Herrera (2014) argumenta sobre a necessidade e urgência de corrigir os problemas do financiamento da saúde, no contexto da reforma das ISAPRE, considerando a perspectiva de saúde pública e da atenção primária de saúde para garantir o direito à saúde para toda a população. Em particular, o autor destaca a importância de fundamentar a obtenção de recursos financeiros para a saúde e a mancomunação desses recursos nos princípios de solidariedade, eficiência e equidade, considerando-os como essenciais para efetivar o direito a saúde para toda a população.

No entanto, Herrera (2014) reconhece que no Chile existe um baixo gasto público em saúde e um alto gasto de bolso em saúde, bem como, na prática, uma transferência de recursos financeiros públicos para o setor privado, através da arrecadação e administração desses recursos pelas ISAPRE. O autor reconhece que as fontes de financiamento para a saúde são predominantemente de natureza individual mais do que coletiva, o que está em oposição à ideia de proteção social da saúde e à concepção da saúde como um direito.

Nesta dimensão de análise, observa-se que alguns autores brasileiros (BAHIA, 2005, 2009; MEDICI, 1987; RIZZOTTO; CAMPOS, 2016) e apenas um autor chileno (HERRERA, 2014) discutem o financiamento da saúde pautados pela defesa do direito à saúde, em oposição à agenda neoliberal e sua inserção no setor saúde, ou, pelo contrário, o discutem reconhecendo a insuficiência da priorização do direito à saúde sobre os interesses da classe capitalista e a acumulação de capital.

No caso de Brasil, os autores brasileiros reivindicam a saúde como um direito de cidadania e o um dever do Estado de garantir esse direito, considerados como princípios essenciais na construção do SUS. Esses autores reconhecem que o SUS rompeu com o antigo modelo de políticas sociais orientadas à segmentação e focalização dos serviços;

embora também reconheçam que esse direito somente poderia ser garantido pela ampliação e diversificação das fontes de financiamento para a saúde.

Pelo contrário, no caso de Chile, embora o autor chileno defenda a necessidade de corrigir os problemas do financiamento da saúde pautados no direito a saúde e os princípios de solidariedade, eficiência e equidade, reconhece que as reformas implementadas favoreceram o setor privado e foram contrárias à ideia de proteção social da saúde e à concepção da saúde como um direito.

3.1.5. Dimensão de análise 5: Influência das agências internacionais nas decisões de política de saúde

Nesta dimensão de análise, Navarro critica a **abordagem conceptual e metodológica restrita e, às vezes, equivocada das agências internacionais sobre a saúde, incluindo os sistemas de saúde e a assistência médica**. Por exemplo, Navarro critica a concepção “medicalizada” da saúde assumida pela OMS, afirmando que as intervenções sanitárias tem resultados limitados sobre o estado de saúde da população, em contraste com a maior eficácia das intervenções políticas, econômicas e sociais.

Em segundo lugar, Navarro critica a defesa que a OMS faz sobre **a competência administrada e a privatização na gestão e a provisão de serviços de saúde**, sob o suposto de que esses mecanismos fornecem a melhor forma de obter uma maior eficiência e capacidade de resposta na assistência médica.

Em terceiro lugar, Navarro critica o papel das agências internacionais das Nações Unidas na **reprodução da “sabedoria econômica convencional” (o pensamento econômico dominante)**, incluindo a ideologia **neoliberal**. Segundo Navarro, a aplicação da “sabedoria econômica convencional” nos países subdesenvolvidos **favorece sistematicamente os interesses dos países desenvolvidos e dos grupos de poder**, e, conseqüentemente, afetam negativamente as políticas e serviços públicos que poderiam melhorar o nível de vida, trabalho e saúde da classe trabalhadora nos países subdesenvolvidos.

Nesse sentido, buscou-se identificar se os artigos da revisão integrativa abordam a influência das agências internacionais nas decisões política de saúde. **Constatou-se que apenas o 26,1% (6) dos artigos abordam em sua discussão o papel desempenhado pelas agências internacionais**, com destaque para o Banco Mundial e a OMS/OPS, reconhecendo-se na maioria desses casos a sua orientação neoliberal.

Os demais artigos da revisão (73,9% [17]) não abordam em sua discussão a influência das agências internacionais nas decisões de política de saúde, focando-se somente nos atores nacionais, dentro ou fora do setor saúde.

No Brasil, Bahía (2005) critica o ranking de desempenho dos sistemas de saúde publicado pela OMS no “Relatório sobre a Saúde no Mundo 2000”. A crítica se baseia na classificação do Brasil, com um sistema unificado de saúde baseado na universalização, igualdade e integralidade da atenção à saúde, que é posicionado no último lugar desse ranking. Em contraste, a Colômbia, com um sistema de saúde baseado em esquemas de seguros seguindo as recomendações do Banco Mundial, é classificada como o melhor entre os países de América Latina.

Por outro lado, Bahía (2005) critica a influência do Banco Mundial na política sanitária no Brasil, exercida através da sua oposição à implementação de sistemas universais de saúde. A crítica abrange os relatórios do Banco Mundial, que são orientados pelo racionalismo econômico e fornecem soluções tecnocráticas e propostas baseadas no copagamento dos serviços de saúde. Segundo a autora, essas abordagens não contribuem para a redução das desigualdades sociais e de saúde. Nesse sentido, a autora assinala o seguinte:

[A] Publicação do Banco Mundial de 1933 (Relatório sobre Desenvolvimento Social: investindo em saúde) preconiza a desregulação dos denominados “bens não públicos”, isto é, a assistência médico-hospitalar individual, além da descentralização e focalização da oferta de coberturas de “bens públicos”, entendidos como pacotes de serviços, para os pobres. (BAHIA, 2005, p. 13)

Rizzotto e Campos (2016) destacam que, ao analisar os relatórios e projetos financiados pelo Banco Mundial no Brasil nas décadas de 2000 e 2010, os princípios orientadores e os mecanismos de intervenção do Banco Mundial no setor saúde brasileiro não mudaram significativamente em relação aos utilizados nas décadas de 1980 e 1990. No entanto, observa-se um deslocamento da intervenção do Banco Mundial para os níveis estadual e municipal, alinhado ao avanço do processo de descentralização e municipalização da saúde no Brasil. O interesse do Banco Mundial estava focado na responsabilidade do Estado brasileiro pela saúde e na gestão pública no SUS, principalmente nos aspectos da garantia do direito universal à saúde, a forma de efetivar esse direito e o potencial do setor saúde para a acumulação do capital.

De acordo com Rizzotto e Campos (2016), as fortes críticas feitas pelo Banco Mundial contra o SUS, expressas em seus relatórios como “Brasil: novo desafio à saúde

do adulto” (1991), e “A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90” (1995), não se deviam a sua preocupação pela sustentabilidade financeira para o Estado garantir o acesso universal e integral à saúde para toda sua população. Pelo contrário, segundo os autores, essas críticas refletiam a oposição do Banco Mundial, devido ao seu pensamento neoliberal, à construção de sistemas universais de saúde.

Seguindo a agenda neoliberal, o Banco Mundial questionou a premissa constitucional que dava ao setor privado um papel complementar no SUS e demandou reformas para favorecer sua maior participação no SUS. Nesse sentido, os autores assinalam o seguinte:

Para o Banco Mundial, o setor público deve ser responsável pelas tarefas de regulamentação, promoção e educação em saúde, além do financiamento; já a prestação de serviços deve ser feita por toda e qualquer entidade capaz de realiza-los mais eficientemente, uma vez que o setor privado é mais criativo, mais eficiente e oferece serviços de melhor qualidade, além de ser “comprovadamente superior aos serviços públicos disponíveis” (Banco Mundial, 1991, p. 119). (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016, p. 265)

Rizzotto e Campos (2016) destacam que a forma de atuação do Banco Mundial foi baseada na produção e divulgação de relatórios que refletiam seu pensamento neoliberal, fornecendo recomendações de política com o propósito de redirecionar o funcionamento do setor saúde para uma lógica neoliberal de mercado. Nesse sentido, Rizzotto e Campos (2016) coincidem com Navarro ao apontar que as agências internacionais reproduzem a “sabedoria econômica convencional”, que favorece sistematicamente os interesses dos países desenvolvidos e dos grupos de poder, e defendem a suposta superioridade do mercado sobre o Estado na gestão e provisão de serviços de saúde.

Na Argentina, Belmartino (1997) discute a proposta de reforma neoliberal do subsistema das Obras Sociais promovida pelo governo de Carlos Menem, na década de 1990, e influenciada pelo setor privado e pelas agências internacionais. Nesse contexto, houve um intenso debate público que colocou em polos opostos aqueles que confrontavam solidariedade versus mercado no setor saúde. Segundo o autor, os atores do “pacto corporativo”, como os sindicatos e as associações de profissionais, apesar dos seus conflitos internos, se associaram para a defesa do princípio da solidariedade na saúde, diante da ameaça representada pelos interesses dos grupos de poder financeiro e

do Banco Mundial nas mudanças na organização e financiamento da assistência médica do subsistema das Obras Sociais. Nesse sentido, o autor assinala o seguinte:

De fato, a grande ofensiva neoliberal produziu-se em torno da 7ª Convenção da Associação de Bancos Argentinos (Adeba), reunida em Buenos Aires em 1991, que dedica parte de suas deliberações ao tema da reorganização dos sistemas de seguridade social e, muito particularmente, a um projeto de reorganização do sistema de cuidado médico, apresentado pela Fundação de Investigações Econômicas Latino-americanas (Fiel, 1991). (BELMARTINO, 1997, p. 124)

No Peru, Mendoza-Arana et al. (2018) reconhecem a influência das agências internacionais no processo de reforma do setor saúde em 2013, embora não façam uma análise crítica do papel desempenhado por elas. Assim, os autores salientam a adesão do Peru, bem como outros países de América Latina, à “Cobertura Universal de Saúde” no 52º Conselho Diretivo da OPS (2013), a participação da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) por meio de suas diversas equipes de trabalho na reforma do setor saúde, e o apoio do Banco Mundial ao Programa de Apoio a Reforma do Sector Saúde II (PARSALUD II) no processo de descentralização da saúde e na melhoria da eficiência e a ampliação da cobertura de seguro para a população pobre por meio do Seguro Integral de Saúde.

Jaramillo Pérez (2002) não aborda diretamente o papel desempenhado pelas agências internacionais na saúde, mas fundamenta seu análise sobre a reorganização dos sistemas de saúde na América Latina nos princípios, pressupostos e abordagens neoliberais defendidos pelo Banco Mundial, referenciando seu “Relatório sobre Desenvolvimento Social: investindo em saúde” (1993). Nesse sentido, o autor afirma que, em geral, o Estado deve ser mais “pequeno”, descentralizado e associar-se com o setor privado. Na saúde, o autor afirma que o Estado deve limitar-se às funções que lhe são indelegáveis e desligar-se de aquelas em que o mercado pode ser mais eficiente e eficaz, como a gestão e a provisão de serviços de saúde.

Pedraza (2020), em sua discussão sobre o financiamento para as redes integradas de saúde, revela a enorme influência exercida pela OPS sobre os países de América Latina ao conseguir que esses países adotem a “Cobertura Universal de Saúde”, como a melhor estratégia para lograr o acesso universal à saúde e uma adequada proteção financeira. Nessa linha, o autor destaca diversas resoluções e relatórios da OPS, como “Redes Integradas de Serviços de Saúde: Conceitos, Opções de Política e Folha de Rua para sua implementação nas Américas” (2010), “Estratégia para o acesso universal à saúde e a

cobertura universal de saúde” (2014), “Saúde nas Américas” (2017) e “Saúde Universal no Século XXI: 40 anos de Alma-Ata” (2019), focados no desenvolvimento conceptual e operacional das redes integradas de saúde, bem como os mecanismos de financiamento mais adequados para sua implementação.

Nesta dimensão de análise, observa-se que apenas alguns autores brasileiros (BAHIA, 2005; RIZZOTTO; CAMPOS, 2016) e um autor argentino (BELMARTINO, 1997) discutem criticamente o papel desempenhado pelas agências internacionais na saúde dos seus países. Enquanto o autor peruano (MENDOZA-ARANA et al., 2018) e outros dois autores latino-americanos (CID PEDRAZA, 2020; JARAMILLO PEREZ, 2002) não discutem criticamente o papel desempenhado pelas agências internacionais, limitando-se a assinalar a participação e grande influência dessas agências nos processos de reforma do setor saúde.

No caso dos autores brasileiros, eles criticam o Banco Mundial por se opor à construção de um sistema universal de saúde, alegando preocupação com a capacidade do Estado de arcar os custos do acesso universal e integral aos serviços de saúde, bem como por defenderem uma maior participação do setor privado na provisão de serviços de saúde. No caso do autor argentino, embora não aprofunde sua crítica ao Banco Mundial, ele faz referência à influência exercida pelo Banco Mundial, em conjunto com o setor privado financeiro, ao apoiar a proposta de reforma neoliberal do subsistema das Obras Sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão sobre o financiamento dos sistemas de saúde na América Latina enfrenta o desafio de fazê-lo dialeticamente com o cenário político, econômico e social de suas próprias sociedades capitalistas, onde eles estão inseridos. Além disso, é necessário considerar a inserção dos países de América Latina na economia mundial, caracterizada pela dependência em relação aos países capitalistas centrais.

Por sua vez, há o desafio de discutir o financiamento da saúde dialogando com o contexto histórico da evolução do capitalismo e as mudanças em sua dinâmica na atualidade. Assim, o capitalismo contemporâneo é a etapa do capitalismo que vá desde o início da década de 1980 até a atualidade, e é caracterizada pela dominância do capital portador de juros, e, mais especificamente, pela financeirização.

No entanto, é importante incorporar nessa discussão as características da etapa mais atual do capitalismo contemporâneo. Este pode diferenciar-se como o período que vá desde a crise financeira mundial de 2007-2008 até a atualidade, conhecida como a “Longa Depressão [Econômica]”, caracterizada pelo menor crescimento econômico que na etapa anterior, com queda da produção, o investimento e o emprego durante um longo período. Para os autores da economia política crítica trata-se, na realidade, de uma expressão (a mais visível e midiaticizada) da crise estrutural do capitalismo, devido à extrema financeirização do capitalismo contemporâneo.

Nesse sentido, a marca principal do capitalismo contemporâneo é a crise, o qual terá consequências diferenciais e negativas para uma maior exploração (superexploração) do trabalho e da natureza, bem como a aplicação mais intensa de políticas de austeridade e, conseqüentemente, uma maior destruição de direitos sociais em detrimento da classe trabalhadora. Além disso, na atualidade, estamos vivenciando uma “policrise”, uma confluência, inter-relação e potenciação ente a crise econômica (inflação e recessão econômica), a crise ecológica (mudanças climáticas e epidemias) e os conflitos geopolíticos (guerras no plano comercial e militar).

Nesse cenário, foi relevante resgatar e trazer para a discussão do financiamento dos sistemas de saúde na América Latina no capitalismo contemporâneo em crise o pensamento crítico de Vicente Navarro López. Navarro, reconhecido como um dos autores marxistas mais importantes no campo das políticas sociais e de saúde, desde uma abordagem da economia política crítica.

Embora Navarro não aborde diretamente nem especificamente o financiamento da saúde, em sua obra principal *“La Medicina bajo el Capitalismo”* reivindica o uso do materialista histórico dialético (o marxismo) como um método de estudo superior ao funcionalismo para o análise e compressão da saúde no capitalismo, que permite sua extensão para o análise e compreensão dos problemas e desafios do financiamento dos sistemas de saúde.

Além disso, Navarro explica as causas e consequências do subdesenvolvimento da saúde no capitalismo contemporâneo, especialmente nos países subdesenvolvidos, com especial ênfase nos determinantes econômicos e políticos da saúde. Embora Navarro não utilize o termo “determinação social da saúde”, o conceito e aplicação do termo que ele utiliza se corresponde com aquela que provem da medicina social e epidemiologia crítica latino-americana. Nessa linha, Navarro destaca o contexto político em que acontecem as variáveis políticas, as tradições políticas e as políticas que aplicam no seu período de governo, a correlação de forças entre classes e suas relações de dominação e exploração, a reprodução da ideologia da classe dominante nas instituições políticas, a natureza capitalista do Estado, as políticas de classe principalmente no mercado de capitais e de trabalho, e, em consequência, as desiguais sociais e de saúde, segundo a classe social, gênero e raça, entre outras, no contexto das sociedades capitalistas.

Outro aporte importante de Navarro, é sua explicação dos mecanismos pelas quais as agências internacionais influenciam nas decisões de política de saúde. Segundo Navarro, essas agencias reproduzem a “sabedoria econômica convencional”, através de suas resoluções e relatórios de orientação neoliberal, e favorecem a separação de funções em saúde, defendendo que o Estado se responsabilize apenas pelas funções essenciais e indelegáveis e deixe para o mercado a gestão e provisão de serviços de saúde, sob o suposto da superioridade do mercado na eficiência e eficácia na produção e distribuição de bens e serviços.

É importante destacar que a maioria dos países de América Latina possuem, em geral, sistemas de saúde com organização de subsistemas públicos segmentados e com redes públicas de serviços de saúde fragmentadas, com exceção de Cuba, Brasil e Costa Rica, que contam sistemas universais de saúde. Mesmo assim, quase todos os países de América Latina sofrem de um subfinanciamento público de larga data. Isto é evidenciado pelo gasto público em saúde como porcentagem do PIB nas últimas duas décadas. Em 2019, apenas Cuba atingiu um gasto público (10,1%) conforme recomendado pela OMS

(maior de 6%), enquanto a média de América Latina (4%) ficou abaixo desse valor referencial. Além disso, em 2019, oito países tiveram um gasto privado em saúde maior ao gasto público em saúde como porcentagem do PIB; e 16 países tiveram um gasto de bolso em saúde como porcentagem do gasto total em saúde maior ao recomendado pela OMS (menor de 20%).

Nesse cenário, a discussão sobre o financiamento dos sistemas de saúde é essencial no meio da discussão dos processos de reforma do setor saúde. Isto é mais relevante se essas discussões estão inseridas em processos políticos mais amplos de reforma fiscal ou tributária ou no meio de processos constituintes para a aprovação/implementação de novas constituições políticas.

No entanto, na América Latina são ainda poucos os estudos publicados em revistas científicas que abordem o financiamento dos sistemas de saúde como o seu foco principal. Isso em contraste com os diversos processos constituintes e processos de reforma fiscal ou tributária, de orientação neoliberal, ocorrida na maioria dos países de América Latina nas décadas de 1980 e 1990, bem como os seus subsequentes processos de (contra)reformas neoliberais do setor saúde no início do século XXI.

Isso reflete não apenas na limitada quantidade de estudos que discutam o financiamento dos sistemas de saúde, mas também na ausência desses estudos na maioria dos países de América Latina. Dos 23 artigos incluídos na revisão integrativa, apenas discutiu-se o financiamento dos sistemas de saúde de 5/20 países de América Latina (Brasil, Chile, México, Argentina e Peru), a maioria deles de Brasil. Em contraste, não houve artigos de 15/20 países de América Latina, como Bolívia, Colômbia, Costa Rica, Equador, Paraguai, Uruguai, Venezuela, entre outros.

Além disso, segundo os eixos temáticos da discussão sobre o financiamento dos sistemas de saúde, a maioria dos artigos (65,2%) discutiram sobre o financiamento em relação à privatização da saúde e à cobertura universal do seguro de saúde. No primeiro caso, os autores discutiram criticamente os diversos mecanismos de transferência de recursos públicos para o setor privado, incluindo a privatização da gestão e provisão de serviços de saúde. No segundo caso, os autores discutiram criticamente a construção de sistemas de saúde baseados em esquemas de seguros de saúde públicos e privados, influenciados pela “Cobertura Universal de Saúde”, promovida pela OPS, em oposição à construção de sistemas universais de saúde. Em menor medida, esses artigos discutiram sobre o financiamento em relação à reforma do setor saúde (47,8%), ao subfinanciamento público (43,5%), à reforma fiscal ou tributária e novas fontes de financiamento (39,1%),

à descentralização da saúde (26,1%), e aos processos constituintes ou implementação de novas constituições políticas (17,4%).

Cabe assinalar a importância dos processos constituintes ou a implementação de novas constituições políticas, que se deram principalmente nas décadas de 1980 e 1990 na América Latina, como os principais determinantes da construção de novos sistemas de saúde e, por sua vez, da adoção de novas políticas de organização, financiamento e provisão de serviços, especialmente na definição de novas fontes de financiamento e os recursos financeiros necessários e suficientes para implementar esses novos sistemas de saúde.

Além disso, outra abordagem para a identificação de novas fontes de financiamento para a saúde ocorreu por meio de reformas fiscais ou tributárias promovidas pelo Estado, a maioria delas seguindo uma orientação neoliberal. Vários autores coincidiram em que as decisões sobre as alternativas de fontes de financiamento foram decididas fora do setor saúde, uma vez que fazem parte de processos políticos mais amplos e complexos. A aprovação dessas reformas dependiam da liderança do Governo Nacional/Federal ou do Poder Legislativo e da correlação de forças com os outros atores políticos, sociais (sindicatos, corporações profissionais, etc.) e privados. No entanto, a definição do sentido dessas reformas ocorreu na arena política, na disputa entre atores com interesses opostos e recursos de poder desiguais para impor aquele sentido mais favorável para os seus próprios interesses.

Em relação as convergências e divergências entre os resultados dos artigos incluídos na revisão integrativa, buscou-se identificar se os autores latino-americanos incorporam na sua discussão sobre o financiamento dos sistemas de saúde algumas das dimensões de análise de Navarro.

Destaque-se que menos da metade (39,1%) dos artigos incluídos na revisão integrativa tem uma aproximação ao método marxista, em contraposição ao método funcionalista. Mesmo que esses artigos não sejam explícitos na sua declaração sobre o uso do método marxista, eles estabelecem um diálogo entre as mudanças nos sistemas de saúde e seu financiamento e o contexto social em que ocorrem, identificando as funções contraditórias entre os componentes presentes nas sociedades capitalistas. Isto evidencia que a maioria dos artigos (60,9%) incluídos na revisão integrativa utilizam um método de estudo que pode limitar a análise e a compreensão das mudanças nos sistemas de saúde e seu financiamento.

Em relação aos determinantes econômicos e políticos da saúde, quase a metade dos artigos (47,8%) incluídos na revisão integrativa incorporam em sua discussão sobre as mudanças nos sistemas de saúde e seu financiamento os determinantes econômicos e políticos presentes nas sociedades capitalistas. Pelo contrário, a outra metade (52,2%) enfoca a análise em fatores internos ao próprio setor saúde ou fazer apenas uma análise descritiva para tentar compreender as mudanças nos sistemas de saúde e seu financiamento. Dentre os principais determinantes incorporados na sua discussão estão as (contra)reformas neoliberais na economia e o Estado, bem como nas políticas sociais, incluindo a saúde, além do contexto político e suas variáveis políticas no meio de processos constituintes ou de implementação de novas constituições políticas, processos de reforma fiscal e tributária, processos de reforma do setor saúde, entre outros.

Ao fazer as comparações entre os resultados da revisão integrativa sobre o financiamento dos sistemas de saúde na América Latina e as contribuições do pensamento crítico de Navarro, observamos que os autores latino-americanos ainda apresentam uma lacuna na utilização de métodos de estudo diferentes do funcionalismo, que permita primeiro compreender a sociedade para depois, com essa compreensão, analisar a saúde. Além disso, há uma lacuna na incorporação em seus análises os determinantes econômicos e políticos da saúde no capitalismo contemporâneo em crise.

Esses elementos constituem desafios para os pesquisadores da economia da saúde que buscam transitar para a economia política crítica da saúde, utilizando o método de estudo do materialismo histórico dialético e a teoria da determinação social da saúde nas suas futuras investigações no campo do financiamento da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCALDE-RABANAL, J. E.; LAZO-GONZÁLEZ, O.; NIGENDA, G. Sistema de salud de Perú. *Salud Pública de México*, v. 53, p. s243–s254, 2011. Disponível em: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800019. Acesso em: 12 dic. 2023.

ALLARD SOTO, R.; HENNIG LEAL, M. C.; GALDÁMEZ ZELADA, L. El derecho a la salud y su (des)protección en el Estado Subsidiario. *Estudios constitucionales*, v. 14, n. 1, p. 95–138, 1 jul. 2016. Disponível em: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/142579>. Acesso em: 12 dic. 2023.

ARCE, H. E. Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina. *Medicina (B. Aires)*, v. 72, n. 5, p. 414–418, 2012. Disponível em: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802012000600011. Acesso em: 12 dic. 2023.

ARCE, M. Implementación del aseguramiento universal en salud en regiones piloto del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, v. 26, n. 2, p. 218–221, 2009. Disponível em: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000200014. Acesso em: 12 dic. 2023.

ARGENTINA. Ley n. 24.430. Ordénase la publicación del texto oficial de la Constitución Nacional (sancionada en 1853 con las reformas de los años 1860, 1866, 1898, 1957 y 1994). *Información Legislativa y Documental del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos*, 1995. Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24430-804>. Acesso em: 12 dic. 2023.

ARREDONDO, A.; OROZCO, E.; AVILES, R. Evidence on equity, governance and financing after health care reform in Mexico: lessons for latin american countries. *Saúde Soc*, v. 24, n. supl.1, p. 162–175, 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/104755>. Acesso em: 12 dic. 2023.

ARREDONDO, A.; PARADA, I. Health financing changes in the context of health care decentralization: the case of three Latin American countries. *Rev. saúde pública*, v. 34, n. 5, p. 449–460, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/J8xHTTdkqK95rJBDNKf5Trz/>. Acesso em: 12 dic. 2023.

BAHIA, L. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do sistema de saúde brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. *Saúde Soc*, v. 14, n. 2, p.

9–30, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZQc9P5z4LVh8HF9dYdGQy7J/>. Acesso em: 12 dic. 2023.

BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 14, n. 3, p. 753–762, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/L7Nsq8y9bgDqtV7PjK7WNbQ/>. Acesso em: 12 dic. 2023.

BAPTISTA, T. W. DE F.; MACHADO, C. V.; DE LIMA, L. D. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 829–839, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QXStzwBwfQjFRrMqr69T35Q/>. Acesso em: 12 dic. 2023.

BÁSCOLO, E.; HOUGHTON, N.; DEL RIEGO, A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. *Rev Panam Salud Publica*;42, sept. 2018. Special Issue Alma-Ata., v. 42, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e126/>. Acesso em: 12 dic. 2023.

BECERRIL-MONTEKIO, V.; REYES, J. DE D.; MANUEL, A. Sistema de salud de Chile. *Salud Pública de México*, v. 53, n. Supl.2, p. s132–s142, 2011. Disponível em: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800009. Acesso em: 12 dic. 2023.

BELLÓ, M.; BECERRIL-MONTEIKO, V. M. Sistema de salud de Argentina. *Salud pública Méx*, v. 53, n. 2, p. 96–109, 2011. Disponível em: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800006. Acesso em: 12 dic. 2023.

BELMARTINO, S. Estado e obras sociais: desregulamentação e mudança do sistema. *Rev. adm. pública*, v. 31, n. 5, p. 105–129, 1997. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/7842>. Acesso em: 12 dic. 2023.

BOLIVIA. Ley de 14 de diciembre de 1956, Código de Seguridad Social. *Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia*, 1956. Disponível em: <https://bolivia.infoleyes.com/norma/1096/ley-s-n-de-14-12-1956>. Acesso em: 12 dic. 2023.

BOLIVIA. Decreto Supremo n. 5315, Reglamento del Código de Seguridad Social. *Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia*, 1959. Disponível em: <https://bolivia.infoleyes.com/norma/1908/reglamento-del-codigo-de-seguridad-social-5315>. Acesso em: 12 dic. 2023.

BOLIVIA. Decreto Ley n. 13214, Reformas al Sistema Boliviano de Seguridad Social. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, 1975. Disponível em: <https://bolivia.infoleyes.com/norma/1136/decreto-ley-13214>. Acesso em: 12 dic. 2023.

BOLIVIA. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. Gaceta Oficial de Bolivia, 2009. Disponível em: <https://bolivia.infoleyes.com/norma/469/constituci%C3%B3n-pol%C3%ADtica-del-estado-cpe>. Acesso em: 12 dic. 2023.

BOLIVIA. Ley n. 031, Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez”. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, 2010a. Disponível em: <https://bolivia.infoleyes.com/norma/1943/ley-marco-de-autonom%C3%ADas-y-descentralizaci%C3%B3n-andr%C3%A9s-ab%C3%A1n-031>. Acesso em: 12 dic. 2023.

BOLIVIA. Ley n. 6, de 1 de mayo de 2010. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, 2010b. Disponível em: <https://bolivia.infoleyes.com/norma/1624/ley-que-ampl%C3%ADa-las-facultades-del-directorio-de-la-caja-nacional-de-salud-y-las-cajas-sectoriales-006>. Acesso em: 12 dic. 2023.

BOLIVIA. Decreto Supremo n. 3561. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, 2018. Disponível em: <https://bolivia.infoleyes.com/norma/6746/decreto-supremo-3561>

BOLIVIA. Ley n. 1152, Ley modificatoria de la Ley n. 457, Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificada por Ley n. 1069, “Hacia el Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito”. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, 2019. Disponível em: <https://bolivia.infoleyes.com/norma/6971/ley-modificatoria-de-la-ley-475-de-prestaciones-de-servicios-de-salud-integral-del-estado-plurinacional-de-bolivia-1152>. Acesso em: 12 dic. 2023.

BOSCHETTI, I. S. Limitações do Estado Social Capitalista Contemporâneo: expropriações, acumulação, exploração e violência. *Journal of Management & Primary Health Care*, v. 12, p. 1–13, 13 abr. 2020. Disponível em: <https://jmphc.emnuvens.com.br/jmphc/article/view/980>. Acesso em: 12 dic. 2023.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 12 dic. 2023.

BRASIL. Lei complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde [...]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso em: 12 dic. 2023.

BRASIL. ASSEMBLÉIA NACIONAL CONSTITUINTE. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Planalto, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 12 dic. 2023.

BREILH, J. Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud. Em: HARTMAN, C. E.; TAMEZ GONZÁLES, S.; GONZÁLEZ GUZMÁN, R. (Eds.). ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? 1. ed. México D. F.: Universidad Autónoma Metropolitana. p. 45–69. Disponível em: <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3404/1/Breilh,%20J-CON-109-Una%20perspectiva.pdf>. Acesso em: 12 dic. 2023.

CALDERÓN, C. A. A. et al. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 6, p. 2817–2828, jun. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WxXD3vNTGZqz7qnZ6GcSfFt/>. Acesso em: 12 dic. 2023.

CARCANHOLO, R.; SABADINI, M. Capital fictício e lucros fictícios. Em: GOMES, H. (Ed.). *Especulação e lucros fictícios formas parasitárias da acumulação contemporânea*. 1. ed. Sao Paulo: Outras Expressões, 2015. p. 125–159.

CASTAÑEDA, T. El sistema de salud chileno: organización, funcionamiento y financiamiento. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 103, n. 6, p. 544–570, 1987. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/17911>. Acesso em: 12 dic. 2023.

CASTRO, J. Hacia el aseguramiento universal en salud en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, v. 26, n. 2, p. 232–235, 2009. Disponível em: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000200016. Acesso em: 12 dic. 2023.

CHESNAIS, F. O capital portador de juros: acumulação, internacionalização, efeitos econômicos e políticos. Em: *A finança mundializada: raízes sociais e políticas, configuração, consequências*. 1. ed. [s.l.] Boitempo, 2005. p. 35–67.

CHILE. Ley n. 19465, Establece Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas. Biblioteca del Congreso Nacional, 1996. Disponible em: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=30832>. Acceso em: 12 dic. 2023.

CHILE. Decreto n. 100, Fija el texto refundido, coordinado y sistemático de la Constitución Política de la República de Chile. Biblioteca del Congreso Nacional, 2005. Disponible em: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=242302>. Acceso em: 12 dic. 2023.

CHILE. Decreto con Fuerza de Ley n. 1 del Ministerio de Salud, Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley n. 2.763, de 1979 y de las Leyes n. 18.933 y n. 18.469. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2006. Disponible em: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=249177&idVersion=2020-03-01>. Acceso em: 12 dic. 2023.

CID, C.; HERRERA, C. A.; PRIETO, L. Desempeño hospitalario en un sistema de salud segmentado y desigual: Chile 2001-2010. *Salud Pública de México*, v. 58, n. 5, p. 553–560, 2016. Disponible em: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342016000500553&lng=s&nrm=iso&tlng=es. Acceso em: 12 dic. 2023.

CID PEDRAZA, C. et al. Espacio fiscal para el financiamiento sostenible de los sistemas de salud y la salud universal. *Rev Panam Salud Publica*. 2018. Disponible em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e197/>. Acceso em: 12 dic. 2023.

CID PEDRAZA, C. Financiamiento de redes integradas de servicios de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2020. Disponible em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52781>. Acceso em: 12 dic. 2023.

COLOMBIA. Ley n. 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Disponible em: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>. Acceso em: 12 dic. 2023.

COLOMBIA. Ley n. 715 de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Disponible em: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4452>. Acceso em: 12 dic. 2023.

COLOMBIA. Ley n. 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Disponible em: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41355>. Acceso em: 12 dic. 2023.

COLOMBIA. Ley Estatutaria n. 1751 de 2015, Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial de la República de Colombia, 2015. Disponible em: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=60733>. Acceso em: 12 dic. 2023.

COLOMBIA. ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE. Constitución Política de la República de Colombia. Congreso de la República, 1991. Disponible em: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=4125. Acceso em: 12 dic. 2023.

COSTA, R. M. DE D. et al. Emenda constitucional n. 29: análise do gasto público estadual em saúde de 2004 a 2010 no Brasil. *Rev. adm. saúde*, v. 13, n. 52, p. 135–142, 2011.

DE OLIVEIRA, S. C.; MACHADO, C. V.; HEIN, A. A. Reformas da Previdência Social no Chile: lições para o Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 5, p. e00045219, 23 maio 2019. Disponible em: <https://www.scielo.org/article/csp/2019.v35n5/e00045219/en/>. Acceso em: 12 dic. 2023.

EIBENSCHUTZ, C. et al. Reflexiones sobre el proceso de reforma sanitaria (1993-2013) y participación social en Perú. *Saúde em Debate*, v. 38, n. 103, 2014. Disponible em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2014.v38n103/872-882/es/>. Acceso em: 12 dic. 2023.

FIGUEROA GARCÍA-HUIDOBRO, R. El derecho a la salud. *Estudios constitucionales*, v. 11, n. 2, p. 283–332, 2013. Disponible em: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-52002013000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Acceso em: 12 dic. 2023.

FUCARACCIO, A. Birth control and the argument of saving and investment. *International Journal of Health Services*, v. 3, n. 2, p. 133–144, 1 jan. 1973. Disponible em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2190/T6RB-H60F-0UU4-05RT>. Acceso em: 12 dic. 2023.

FUNCIA, F.; NORONHA, J. A reforma tributária e a saúde. Afinal, para que pagamos impostos e a quem eles servem? *Saúde em Debate*, v. 47, n. 139, p. 721–724, 17 nov. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2023.v47n139/721-724/>. Acesso em: 12 dic. 2023.

GARCÍA-ECHEVERRY, F. A. et al. El derecho a la salud en tiempos de pandemia en Colombia: entre la inequidad endémica y el estado de emergencia. *Revista Colombiana de Bioética*, v. 15, n. 1, 7 jul. 2020. Disponível em: <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCB/article/view/3079/2813>. Acesso em: 12 dic. 2023.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas de Salud en América del Sur. Em: GIOVANELLA, L. et al. (Eds.). *Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012. p. 21–69. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/816019/678763-sistemas-de-salud-en-america-del-sur.pdf>. Acesso em: 12 dic. 2023.

GOMES-TEMPORÃO, J.; FARIA, M. Reformas de los sistemas de salud en Sudamérica: una oportunidad para UNASUR. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, v. 31, n. 4, 2 dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000400020&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Acesso em: 12 dic. 2023.

GÓMEZ DANTÉS, O. et al. Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, v. 53, n. Supl. 2, jan. 2011. Disponível em: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017

GÖTTEMS, L. B. D.; DE LOURDES ROLLEMBERG MOLLO, M. Neoliberalism in Latin America: effects on health system reforms. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, p. 74, 24 jul. 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/173307>. Acesso em: 12 dic. 2023.

GUERRERO, R. et al. Sistema de salud de Colombia. *Salud Pública de México*, v. 53, p. s144–s155, 2011. Disponível em: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800010. Acesso em: 12 dic. 2023.

GUIMARÃES, M. DO C. L. Alternativas de financiamento para o sistema único de saúde. *Divulg. saúde debate*, n. 4, p. 21–26, 1991.

HERRERA, R. Prefácio: O capital fictício no centro da crise. Em: GOMES, H. (Ed.). Especulação e lucros fictícios formas parasitárias da acumulação contemporânea. São Paulo: Outras Expressões, 2015. p. 7–12.

HERRERA, T. Desafíos para la reforma del financiamiento del sistema de salud en Chile. Medwave, v. 14, n. 4, p. e5958, 2014. Disponível em: <https://www.medwave.cl/revisiones/analisis/5958.html>. Acesso em: 12 dic. 2023.

HOMEDES, N.; UGALDE, A. Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. Gac Sanit, p. 54–62, 2002. Disponível em: <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911102716336>. Acesso em: 12 dic. 2023.

HOMEDES, N.; UGALDE, A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. Rev Panam Salud Publica;17(3), mar. 2005a. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/8108>. Acesso em: 12 dic. 2023.

HOMEDES, N.; UGALDE, A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. Health Policy, v. 71, n. 1, p. 83–96, 1 jan. 2005b. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851004001174>. Acesso em: 12 dic. 2023.

JACOBIN. The Birth and Death of Single-Payer in the Democratic Party. Disponível em: <https://jacobin.com/2020/05/jesse-jackson-presidential-campaign-democratic-party>. Acesso em: 12 dic. 2023.

JARAMILLO PEREZ, I. Tendencias en la reorganización de los sistemas de salud. Rev. salud pública, v. 4, n. 1, p. 13–35, 2002. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642002000100002. Acesso em: 12 dic. 2023.

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. Vicente Navarro, MD. Professor - emeritus. Disponível em: <https://publichealth.jhu.edu/faculty/504/vicente-navarro>. Acesso em: 12 dic. 2023.

JULIO PRETEL, J. D. El derecho a la salud en Colombia: evolución y defensa frente a un estado que dista de ser garante. Revista avances en salud, p. 51–54, 28 jun. 2017. Disponível em: <https://revistas.unicordoba.edu.co/index.php/avancesalud/article/view/1222/1498>. Acesso em: 12 dic. 2023.

KRASNIAK, L. C. et al. Análise do Seguro Popular de Saúde mexicano: uma revisão integrativa da literatura. Saúde em Debate, v. 43, n. spe5, p. 273–285, 19 jun. 2020.

Disponível em:
<https://revistas.unicordoba.edu.co/index.php/avancesalud/article/view/1222/1498>.

Acesso em: 12 dic. 2023.

LEDO, C.; SORIA, R. Sistema de salud de Bolivia. *Salud pública Méx*, v. 53, n. 2, p. 109–119, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/106/10619779007.pdf>.

Acesso em: 12 dic. 2023.

LEÓN FLORIÁN, F. J. El derecho a la salud en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional peruano. *Red de Revistas de Derecho Constitucional*, v. 19, n. 19, 2014.

Disponível em:
<https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/pensamientoconstitucional/article/view/12534/13094>. Acesso em: 12 dic. 2023.

LLANOS ZAVALAGA, L. F. et al. Cuando crear sinergia no siempre es Salud: Análisis y propuesta en la evolución del Sistema de Salud en Perú. *Revista Médica Herediana*, v. 31, n. 1, p. 56–69, 29 abr. 2020. Disponível em: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2020000100056&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Acesso em: 12 dic. 2023.

LOBATO, L. DE V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens componentes e dinâmica. Em: *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: SciELO - Editora FIOCRUZ, 2012. p. 89–120.

LÓPEZ CÁRDENAS, W. I.; PEREIRA, A. M. M.; MACHADO, C. V. Trajetória das relações público-privadas no sistema de saúde da Colômbia de 1991 a 2015. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, p. e00114016, 27 jul. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dQLvyS9YHkDh9tVDhj56TkC/?lang=pt#>. Acesso em: 12 dic. 2023.

MACEIRA, D. Organización y Funcionamiento de las Cajas de Salud en Bolivia Aportes para una Estrategia de Seguimiento y Evaluación. Mar. 2002. Working Paper Banco Interamericano de Desarrollo. Disponível em: <https://danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2014/07/Maceira-IDB-CajasBolivia-28Mar02.pdf>. Acesso em: 12 dic. 2023.

MARIN, G. H. El sistema de salud argentino: un análisis a partir del acceso a los medicamentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 11, p. 5453–5462, 26 nov. 2021. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2021.v26n11/5453-5462/>. Acesso em: 12 dic. 2023.

- MARINI, R. M. O Estado de Contra-Insurgência. *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*, v. 12, n. 3, p. 1–15, 20 dez. 2018. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/20985>. Acesso em: 12 dic. 2023.
- MARX, K. Trabajo asalariado y capital (1849). Marxists Internet Archive, 2000. Disponível em: <https://www.marxists.org/espanol/m-e/1840s/49-trab2.htm>. Acesso em: 12 dic. 2023.
- MATUS-LÓPEZ, M. et al. Evaluación del espacio fiscal para salud en Bolivia. *Rev Panam Salud Publica*;42, mayo 2018, v. 42, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e4/>. Acesso em: 12 dic. 2023.
- MATUS-LÓPEZ, M.; PRIETO TOLEDO, L.; CID PEDRAZA, C. Evaluación del espacio fiscal para la salud en Perú. *Rev Panam Salud Publica*;40(1),jul. 2016, v. 40, n. 1, p. 2016, 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2016.v40n1/64-69/>. Acesso em: 12 dic. 2023.
- MEDICI, A. C. Financiamento das políticas de saúde no Brasil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 103, n. 6, p. 571–598, 1987.
- MÉDICI, A. C. A reforma fiscal e o financiamento do setor saúde no Brasil. *Saúde debate*, n. 36, p. 37–40, 1992.
- MENDES, Á. A dinâmica do capitalismo contemporâneo sob a dominância financeira e a saúde. Em: *Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: Impasses do financiamento no capitalismo financeirizado*. 1. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2012. p. 31–69.
- MENDES, Á. Crise do capital e o Estado: o desmonte da saúde pública brasileira em curso no neofascismo de Bolsonaro. Em: MENDES, Á.; CARNUT, L. (Eds.). *Economia política da saúde: uma crítica marxista contemporânea*. 1. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2022. p. 96–153.
- MENDES, Á.; CARNUT, L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. *Saúde e Sociedade*, v. 27, n. 4, p. 1105–1119, 1 out. 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sausoc/2018.v27n4/1105-1119/>. Acesso em: 12 dic. 2023.
- MENDES, A.; CARNUT, L. Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública brasileira: golpe e desfinanciamento. *SER Social*, v. 22, n. 46, p. 9–32, 27 jan. 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260. Acesso em: 12 dic. 2023.

- MENDES, Á.; CARNUT, L. Economia Política de Saúde: subsídios para uma Economia Política crítica marxista. Em: MENDES, Á.; CARNUT, L. (Eds.). Economia política da saúde: uma crítica marxista contemporânea. 1. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2022. p. 23–69.
- MENDOZA-ARANA, P. J. et al. El proceso de reforma del sector salud en Perú. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 42, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e74/>. Acesso em: 12 dic. 2023.
- MÉXICO. Ley General de Salud. *Diario Oficial de la Federación*, 7 fev. 1984. Disponível em: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm>. Acesso em: 12 dic. 2023.
- MÉXICO. CONGRESO CONSTITUYENTE. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. *Diario Oficial de la Federación*, 5 fev. 1917. Disponível em: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum.htm>. Acesso em: 12 dic. 2023.
- MONTEKIO, V. B.; MEDINA, G.; AQUINO, R. Sistema de salud de Brasil. *Salud Pública de México*, v. 53, p. s120–s131, 2011. Disponível em: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800008&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Acesso em: 12 dic. 2023.
- MONTI, J. F. C. Sistema Único de Saúde: uma reforma no meio do caminho. *São Paulo perspect*, v. 6, n. 4, p. 38–44, 1992.
- MULLER NETO, J. S. O município e o financiamento da saúde. *Saúde debate*, n. 27, p. 23–28, 1989.
- MYRDAL, G. Appendix I. Diplomacy by terminology. Em: *Asian Drama: An Inquiry into the Poverty of Nations*. [s.l.: s.n.]. v. IIIp. 1839–1842.
- NACIONES UNIDAS. Resolución 2200A (XXI) Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. New York, 1966. Disponível em: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>. Acesso em: 12 dic. 2023.
- NAVARRO, V. *La Medicina bajo el Capitalismo*. Traduccao: Jordi Beltran. 1. ed. Barcelona: Editorial Crítica, 1978.
- NAVARRO, V. Los determinantes políticos y económicos de los derechos humanos (incluyendo el derecho a la salud). Em: *Salud e Imperialismo*. 1 ed. México D. F.: Siglo Veintiuno Editores, 1983. p. 75–111.
- NAVARRO, V. Double standards in the analysis of Marxist scholarship: a reply to Reidy’s critique of my work. *Social science & medicine* (1982), v. 20, n. 5, p. 441–451, 1985. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953685903594?via%3DiHub>.

Acesso em: 12 dic. 2023.

NAVARRO, V. The Inhuman State of U.S. Health Care. *Monthly Review*, v. 55, n. 4, p. 56–62, 2003a. Disponível em: <https://monthlyreview.org/2003/09/01/the-inhuman-state-of-u-s-health-care/>. Acesso em: 12 dic. 2023.

NAVARRO, V. Policy without politics: the limits of social engineering. *American journal of public health*, v. 93, n. 1, p. 64–67, jan. 2003b. Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.93.1.64>. Acesso em: 12 dic. 2023.

NAVARRO, V. The World Health Report 2000: Can Health Care Systems Be Compared Using a Single Measure of Performance? *American journal of public health*, v. 92, n. 1, p. 31-34, 10 out. 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447381/>. Acesso em: 12 dic. 2023.

NAVARRO, V. The Consequences of Neoliberalism in the Current Pandemic. *International Journal of Health Services*, v. 50, n. 3, p. 271, 1 jul. 2020. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0020731420925449>. Acesso em: 12 dic. 2023.

NAVARRO, V. Past, Present, and Future of the International Journal of Health Services: *International Journal of Health Services*, v. 52, n. 3, p. 309–311, 15 jun. 2022. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/00207314221104544>. Acesso em: 12 dic. 2023.

NAVARRO, V.; SHI, L. The political context of social inequalities and health. *Social Science & Medicine*, v. 52, n. 3, p. 481–491, 1 fev. 2001. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953600001970>. Acesso em: 12 dic. 2023.

NOLTE, D. Reformas Constitucionales en América Latina. [s.l: s.n.]. Abr. 2013. Working Paper Université de Cergy-Pontoise. Disponível em: https://www.academia.edu/7022280/Reformas_Constitucionales_en_Am%C3%A9rica_Latina. Acesso em: 12 dic. 2023.

OLIVEIRA JÚNIOR, M. DE. Problemas atuais e propostas para a revisão da política de financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Saúde debate*, n. 38, p. 55–69, 1993. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/05/676586/n38-mar-1993-paginas-55-69.pdf>. Acesso em: 12 dic. 2023.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: Organización Mundial de

la Salud, 2000. Disponible em: <https://iris.who.int/handle/10665/42357>. Acceso em: 12 dic. 2023.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe de la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010. Disponible em: <https://iris.who.int/handle/10665/44373>. Acceso em: 12 dic. 2023.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La Salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2002. Disponible em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/42858>. Acceso em: 12 dic. 2023.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2020. Disponible em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53125>. Acceso em: 12 dic. 2023.

PEDRAZA, C. C.; MATUS-LÓPEZ, M.; BÁSCOLO, E. Espacio fiscal para salud en las Américas: ¿es suficiente el crecimiento económico? Rev Panam Salud Publica;42, ago. 2018, v. 42, 2018. Disponible em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6398319/>. Acceso em: 12 dic. 2023.

PEREIRA, C. P. Proteção social no capitalismo. Contribuições à crítica de matrizes teóricas e ideológicas conflitantes. Tese (Doutorado em Política Social) - Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponible em: <https://nefef.com.br/wp-content/uploads/2022/08/PROTECAO-SOCIAL-NO-CAPITALISMO-tese-Camila-Polyana-Pereira-1.pdf>. Acceso em: 12 dic. 2023.

PERÚ. CONGRESO CONSTITUYENTE DEMOCRÁTICO. Constitución Política del Perú. 1993. Disponible em: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#/detallenorma/H682678>. Acceso em: 12 dic. 2023.

PERÚ. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley n. 26842. Ley General de Salud. Diario Oficial El Peruano, 1997. Disponible em: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#/detallenorma/H775516>. Acceso em: 12 dic. 2023.

PERÚ. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley n. 29344. Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. Diario Oficial El Peruano, 2009. Disponible em: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#/detallenorma/H984689>. Acceso em: 12 dic. 2023.

PERÚ. MINISTERIO DE SALUD. Decreto Supremo n. 010-2016-SA. Disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas. Diario Oficial El Peruano, 2016. Disponible em: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#/detallenorma/H1147925>. Acceso em: 12 dic. 2023.

PERÚ. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Decreto de Urgencia n. 017-2019. Decreto de Urgencia que establece medidas para la Cobertura Universal en Salud. Diario Oficial El Peruano, 2019. Disponible em: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#/detallenorma/H1249001>. Acceso em: 12 dic. 2023.

PERÚ. TRIBUNAL CONSTITUCIONAL. Sentencia del Tribunal Constitucional. Expediente n. 2016-2004-AA/TC. Caso: José Luis Correa Condori. Jurisprudencia Constitucional, 8 abr. 2005a. Disponible em: <https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2005/02016-2004-AA.pdf>. Acceso em: 12 dic. 2023.

PERÚ. TRIBUNAL CONSTITUCIONAL. Sentencia del Tribunal Constitucional. Expediente n. 3208-2004-AA/TC. Caso: Jorge Carlos Castañeda Es. Jurisprudencia Constitucional, 19 dez. 2005b.

PERÚ. TRIBUNAL CONSTITUCIONAL. Sentencia del Tribunal Constitucional. Expediente n. 5842-PHC/TC. Caso: Miguel Ángel Denegri. Jurisprudencia Constitucional, 2006.

PINZÓN FLOREZ, C. E. et al. Gasto en salud, la desigualdad en el ingreso y el índice de marginación en el sistema de salud de México. *Rev Panam Salud Publica*, v.35, n. 1, p. 1-7, 2014. Disponible em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n1/01.pdf>. Acceso em: 12 dic. 2023.

RIZZOTTO, M. L. F.; CAMPOS, G. W. DE S. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. *Saúde Soc*, v. 25, n. 2, p. 263–276, 2016. Disponible em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/mpvvFPWmh8cJcwrK86Szv3L/?lang=pt>. Acceso em: 12 dic. 2023.

ROBERTS, M. *The long depression: marxism and the global crisis of capitalism*. Chicago: Haymarket Books, 2016.

ROBERTS, M. *The fantasy world of the Long Depression*. 22 mar. 2019. Disponible em: <https://thenextrecession.wordpress.com/2019/03/22/the-fantasy-world-of-the-long-depression/>. Acceso em: 12 dic. 2023.

ROBERTS, M. HM2 – The economics of modern imperialism. 14 nov. 2019. Disponível em: <https://thenextrecession.wordpress.com/2019/11/14/hm2-the-economics-of-modern-imperialism/>. Acesso em: 12 dic. 2023.

ROBERTS, M. The three contradictions of the Long Depression. 13 mar. 2022 Disponível em: <https://thenextrecession.wordpress.com/2022/03/13/the-three-contradictions-of-the-long-depression/>. Acesso em: 12 dic. 2023.

ROJAS, H. C.; PERILLA, M. M. El derecho a la salud, el litigio y el aporte de la Corte Constitucional colombiana: una revisión sistemática de literatura. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 25, p. NA, 16 abr. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2021.v25/e200331/es>. Acesso em: 12 dic. 2023.

ROSTOW, W. Etapas do desenvolvimento econômico: um manifesto não comunista. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1961.

SALDIVA, P. H. N.; VERAS, M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. Estud. av, v. 32, n. 92, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/vXcGQzQrPkzfq587FbYR7PJ/?lang=pt>. Acesso em: 12 dic. 2023.

SÁNCHEZ-MORENO, F. El sistema nacional de salud en el Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, v. 31, n. 4, p. 747–753, 2014. Disponível em: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000400021. Acesso em: 12 dic. 2023.

SILVEIRA, F. G.; PASSOS, L.; GUEDES, D. R. Reforma tributária no Brasil: por onde começar? Saúde em Debate, v. 42, n. spe3, p. 212–225, nov. 2018. Disponível em: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/1221>. Acesso em: 12 dic. 2023.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Boletín estadístico - tercer trimestre 2019. Lima: Superintendencia Nacional de Salud, 2019. Disponível em: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/538802/Susalud-Boletin-III-trimestre-2019.pdf?v=1594930197>. Acesso em: 12 dic. 2023.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Boletín estadístico - cuarto trimestre 2019. Lima: Superintendencia Nacional de Salud, 2019. Disponível em: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1015299/Boletin-IV-trimestre-2019.pdf?v=1594930197>. Acesso em: 12 dic. 2023.

TOBAR, F. Herramientas para el análisis del sector salud. Med. & soc, v. 23, n. 2, p. 83–96, 2000. Disponível em:

https://www.academia.edu/36605808/Herramientas_para_el_an%C3%A1lisis_del_sector_salud. Acesso em: 12 dic. 2023.

TOLEDO, L. P.; GINOCCHIO, V. M.; CID-PEDRAZA, C. Espacio fiscal para salud en Honduras. *Rev Panam Salud Publica*;42, may 2018, v. 42, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2018.v42/e8/>. Acesso em: 12 dic. 2023.

UGARTE UBILLÚZ, O. Aseguramiento Universal en Salud en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, v. 26, n. 2, p. 133–133, 2009. Disponível em: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000200001. Acesso em: 12 dic. 2023.

UNIVERSITAT POMPEU FABRA. Profesorado: Navarro López, Vicenç. Disponível em: <https://web.archive.org/web/20120217140301/http://www.upf.edu/dcpis/es/pdi/professorat/vn.html>. Acesso em: 12 dic. 2023.

UNIVERSITAT PROGRESSISTA D’ESTIU DE CATALUNYA. Qui Som - Manifest fundacional. Disponível em: <https://upec.cat/qui-som/>. Acesso em: 12 dic. 2023.

URRIOLA U., R. Alcances para el análisis de la equidad en los sistemas de salud. *Cuad. méd.-soc. (Santiago de Chile)*, v. 47, n. 2, p. 112–125, 2007. Disponível em: <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/674>. Acesso em: 12 dic. 2023.

VIANA, A. L. D.; DA SILVA, H. P. Meritocracia neoliberal e capitalismo financeiro: implicações para a proteção social e a saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 7, p. 2107–2118, 1 jul. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hMWpzWJRVVKC4h9TmMxJVtD/>. Acesso em: 12 dic. 2023.

VIANA, A. L.; QUEIROZ, M. S.; IBANEZ, N. Implementação do Sistema Unico de Saúde: novos relacionamentos entre os setores público e privado no Brasil. *Rev. adm. pública*, v. 29, n. 3, p. 17–32, 1995. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/8181>. Acesso em: 12 dic. 2023.

VICENÇ NAVARRO. Biografia. Disponível em: http://www.vnavarro.org/?page_id=35&lang=es. Acesso em: 12 dic. 2023.

VILLASANA-LÓPEZ, P. E.; ÁLVAREZ-GONZÁLEZ, E. C. Representaciones sociales acerca de la lucha, en Chile, por el derecho a la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, v. 37, n. 3, p. 44–53, 2019. Disponível em: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/336324>. Acesso em: 12 dic. 2023.

WILLIAMS, G. Régimen Jurídico de Sistemas de Salud: FF.AA., Orden y Seguridad, DIPRECA y Gendarmería. Santiago de Chile, 2017. Disponível em: [https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/24495/2/BCN_salud_FFAA_orden_seguridad_Gendarmeri%CC%81a_vf%20\(1\).pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/24495/2/BCN_salud_FFAA_orden_seguridad_Gendarmeri%CC%81a_vf%20(1).pdf). Acesso em: 12 dic. 2023.