

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS

Rogério Pinheiro Nunes

**O comportamento dos sistemas de saúde frente às influências políticas e
macroeconômicas: um estudo comparado de Brasil e Chile**

Belo Horizonte

2023

Rogério Pinheiro Nunes

**O comportamento dos sistemas de saúde frente às influências políticas e
macroeconômicas: um estudo comparado de Brasil e Chile**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais,
como requisito parcial para obtenção do título de
Especialista em Direito Sanitário.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Souza d'Ávila

Belo Horizonte

2023

Rogério Pinheiro Nunes

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais,
como requisito parcial para obtenção do título de
Especialista em Direito Sanitário

Profa. Orientadora: Luciana Souza d'Ávila

Aprovado em 7 de dezembro de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Gabriela Araújo Diniz
Ministério Público de Minas Gerais

Prof. Me. Jean Alves de Souza
Escola de Saúde Pública de Minas Gerais

Rogério Pinheiro Nunes

N972c

Nunes, Rogério Pinheiro.

O comportamento dos sistemas de saúde frente às influências políticas e macroeconômicas: um estudo comparado de Brasil e Chile. / Rogério Pinheiro Nunes. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2023.

40 f.

Orientador(a): Luciana Souza d'Ávila.

Artigo Científico (Especialização) em Direito Sanitário.

Inclui bibliografia.

1. Sistemas de Saúde. 2. Direito à Saúde. 3. América Latina. 4. Reforma do Estado.
I. d'Ávila, Luciana Souza. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WA 32

AGRADECIMENTOS

*Ao Ministério Público de Minas Gerais,
pela oportunidade de realizar o curso.*

*Aos colegas de turma,
pela troca de experiências profissionais.*

RESUMO

O estudo teve o objetivo de discutir o comportamento dos sistemas de saúde de Brasil e Chile frente às influências macropolítica e econômica da América Latina nos anos 1990 e 2000. A escolha por estes países se justifica por exercerem uma simbologia representativa no estudo dos sistemas de saúde. Embora apresentem trajetórias históricas comuns às nações latino-americanas, de colonização e exploração europeia ibérica e de um capitalismo tardio em relação aos países centrais, Brasil e Chile viveram diferentes experiências frente às políticas neoliberais, têm diferentes reconhecimentos pelo Estado sobre o direito à saúde e conformam seus modelos de saúde de modo distintos. O direito à saúde no Brasil é fundamental e dever do Estado, tendo um modelo de saúde universal, público e gratuito. No Chile, o direito à saúde é um dever a ser exercido preferencialmente pelo Estado, já que seu modelo se configura contributivo e dual e optativo entre o público e privado. Já a escolha dos períodos macropolíticos e econômicos em seu recorte temporal se apoia no entendimento de que são eles contemporâneos, sequenciais e antagônicos em suas propostas. O método do estudo se baseou na perspectiva comparada, explorada em uma revisão da literatura que se utilizou de pesquisa na base de dados LILACS, de acervo bibliográfico sugerido e acumulado durante a realização do estudo, da literatura cinzenta e de páginas oficiais dos governos de ambos os países. Ao final, observa-se que as reformas por que passaram os sistemas de saúde de Brasil e Chile nos períodos analisados não obrigatoriamente responderam integralmente às suas reformas de Estado ou às propostas dos movimentos e em seus respectivos momentos. Compreende-se assim que legados históricos podem influenciar o comportamento e conformação dos sistemas de saúde, tanto para que mudanças estruturais ocorram, quanto para que elas sejam impedidas ou dificuldades de acontecer.

Palavras-chave. Sistemas de Saúde. Direito à Saúde. América Latina. Reforma do Estado.

ABSTRACT

The study aims to discuss the behavior of two health systems in Brazil and Chile in the face of macropolitical and economic influences in Latin America in the years 1990 and 2000. The study of these countries is justified by exercising representative symbols in the study of two health systems. Although present common historical trajectories of Latin American nations, of colonization and exploration of Iberian Europe and of late capitalism in the relationship between central countries, Brazil and Chile, experiencing different experiences in the face of neoliberal policies, with different recognitions from the State regarding health and safety. We conform to our health models in different ways. The Brazilian health model is universal, public and free, and Chilean, contributory, meritocratic and dual. Already choose hairs two macropolitical and economic movements in their temporal cut is supported by the understanding that they are contemporary, sequential and antagonistic in their proposals. The method used is based on a comparative perspective, explored in a literature review that was used for research in the LILACS data base, of bibliographical collection suggested and accumulated during the conduct of the study, of fifty literature and of official pages of both governments. countries. Finally, it is observed that the reforms that the health systems of Brazil and Chile underwent in the analyzed periods will not necessarily respond to their State reforms in their respective moments. It is also understood that historical legacies can influence the behavior and formation of two health systems, both so that structural changes occur, as well as so that they are prevented from happening

Key words. Health Systems. Right to health. Latin America. State Reform.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo discutir el comportamiento de los sistemas de salud de Brasil y Chile frente a las influencias macropolíticas y económicas de América Latina en las décadas de 1990 y 2000. La elección de estos países se justifica porque ejercen un simbolismo representativo en el estudio de sistemas de salud. Si bien presentan trayectorias históricas comunes a las naciones latinoamericanas, de colonización y exploración ibérica europea y de capitalismo tardío en relación con los países centrales, Brasil y Chile han tenido diferentes experiencias frente a las políticas neoliberales, tienen diferente reconocimiento por parte del Estado del derecho a salud y moldean sus modelos de salud de diferentes maneras. El modelo de salud brasileño es universal, público y gratuito, y el modelo chileno es contributivo, meritocrático y dual. La elección de los dos movimientos macropolíticos y económicos en su marco temporal se basa en el entendimiento de que son contemporáneos, secuenciales y antagónicos en sus propuestas. El método utilizado se basó en la perspectiva comparada, explorada en una revisión de literatura que utilizó investigaciones en la base de datos LILACS, la colección bibliográfica sugerida y acumulada durante el estudio, literatura gris y páginas oficiales de los gobiernos de los países. Al final, se observa que las reformas que sufrieron los sistemas de salud de Brasil y Chile en los períodos analizados no necesariamente respondieron a sus reformas de Estado en sus respectivos momentos. Se entiende, por tanto, que los legados históricos pueden influir en el comportamiento y la conformación de los sistemas de salud, tanto para que se produzcan cambios estructurales como para evitar que ocurran.

Palabras clave. Sistemas de Salud. Derecho a la salud. América Latina. Reforma del Estado.

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS Modelo:

Quadro 1 -	Indicadores socioeconômicos e de saúde de Brasil e Chile (2016-2022)	17
Quadro 2 -	Principais marcos históricos da assistência à saúde no Brasil	22
Quadro 3 -	Principais marcos históricos da assistência à saúde no Chile	26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS:

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
AUGE	<i>Plan de Acceso Universal a Garantías</i>
BM	Banco Mundial
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CW	Consenso de Washington
EUA	Estados Unidos da América
F. F. A. A.	<i>Fuerzas Armadas de Chile</i>
FMI	Fundo Monetário Internacional
FONASA	<i>Fondo Nacional de Salud</i>
FTS	Força de Trabalho em Saúde
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
ISAPRES	<i>Instituciones de Salud Previsional</i>
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MPMG	Ministério Público de Minas Gerais
MSB	Movimento Sanitário Brasileiro
NHS	<i>National Health Service</i>
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PS	Partido Socialista de Chile
PT	Partido dos Trabalhadores

SERMENA	<i>Servicio Médico Nacional de Empleados</i>
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SNS	<i>Servicio Nacional de Salud</i>
SNSS	<i>Sistema Nacional de Servicios de Salud</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 METODOLOGIA	14
2.1 Marco metodológico	14
2.2 Análise de dados e informações	15
3 O ESTUDO DOS CASOS BRASILEIRO E CHILENO	15
3.1 Caracterização socioeconômica de Brasil e Chile	15
3.2 A saúde como direito nas constituições de Brasil e Chile	17
3.3 A trajetória do sistema de saúde no Brasil	20
3.4 A trajetória do sistema de saúde no Chile	23
4 O COMPORTAMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE DE BRASIL E CHILE FRENTE ÀS POLÍTICAS MACROECONÔMICAS NA REGIÃO	27
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIA	36

1 INTRODUÇÃO

No exercício de minhas atividades profissionais como Analista em Saúde Pública do Ministério Público de Minas Gerais (MPMG) vivencio a defesa pela efetivação do direito constitucional à saúde conquistado pela sociedade brasileira, ao mesmo tempo em que me deparo com os limites assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS) em garanti-lo. Um desses desafios advém das influências que as políticas macroeconômicas exercem sobre as políticas públicas (BRENNER; MOONEY, 1983), provocando, por conseguinte, ajustes e reformas nos sistemas de saúde e na concepção do direito à saúde (ROA; CANTON; FERREIRA, 2016).

Buscou-se compreender tais movimentos em dois períodos recentes da história política latino-americana e na ótica de dois modelos distintos de organização de saúde. Optou-se pela perspectiva comparada das experiências de Brasil e Chile. Tal escolha não se deu ao acaso. Ambos os países exercem uma simbologia representativa no estudo dos sistemas de saúde. Embora apresentem trajetórias históricas comuns às nações latino-americanas, de colonização e exploração europeia ibérica e de um capitalismo tardio em relação aos países centrais, viveram diferentes experiências frente às políticas neoliberais, têm diferentes reconhecimentos pelo Estado sobre o direito à saúde e, por conseguinte, também organizam seus sistemas de saúde em modelos distintos (LEVCOVITZ; COUTO, 2018). No Chile, vigora um sistema de saúde contributivo compulsório e foi, inclusive, um dos primeiros países da América Latina a implantar esse modelo nos anos 1920. Ao mesmo tempo, seguiu a tendência do Estado de Bem-estar do pós-segunda guerra, constituindo-se também o primeiro país da região a implantar um sistema nacional de saúde nos anos 1950, que acabou sendo substituído por um modelo contributivo e essencialmente privado a partir das reformas neoliberais nos anos 1970, permanecendo institucionalizado pelo Estado chileno. O Brasil, por sua vez, após várias décadas envolto em um modelo contributivo, conta com um sistema universal, público e gratuito desde os anos 1990 (ROA; CANTÓN; FERREIRA, 2016).

Para escolha dos momentos macroeconômicos que influenciaram ajustes e reformas nos sistemas de saúde brasileiro e chileno, optou-se por dois recortes contemporâneos da história política latino-americana. O primeiro, marcado pela influência das agências internacionais pelas reformas neoliberais que moldaram a política econômica na América Latina especialmente entre 1990 e 1999. (CAMPOS, 2017). O segundo, quando da ascensão de grupos e atores políticos progressistas ou de esquerda na região, nos anos 2000, e que fizeram romper com a ordem neoliberal que vigia (STOESSEL, 2014). A justificativa para a escolha desses dois períodos apoia-se no entendimento de que esses movimentos, antagônicos em seus diferentes momentos

históricos, produziram também reflexos distintos no reconhecimento e expansão do direito à saúde na região e na organização do sistema de saúde.

2 METODOLOGIA

2.1 Marco metodológico

A metodologia adotada neste trabalho segue as linhas de um estudo comparado, e se inicia com a apresentação da organização geopolítica e socioeconômica de Brasil e Chile e de indicadores de saúde. Ao mesmo tempo, apresenta a trajetória histórica e organizativa de seus sistemas de saúde, o reconhecimento do direito à saúde por ambos os países e discute o comportamento dos sistemas de saúde frente aos movimentos de reformas políticas e macroeconômicas nos anos 1990 e 2000.

Fachin (2005) ressalta que o estudo comparado, quando explorado como um método de pesquisa, busca investigar coisas ou fatos e explicá-los por meio de suas semelhanças e diferenças, abordando, geralmente, duas séries ou fatos de natureza análoga, conduzidos pelas ciências sociais ou de outra área do saber, a fim de se detectar o que é comum a ambos. Para Conill (2012), o estudo comparado busca semelhanças, diferenças ou relações entre fenômenos, contemporâneos ou não, para melhor compreendê-los.

Por outro lado, o estudo comparado possui também suas limitações. Para Delgado (2017), o procedimento da comparação na pesquisa científica não pode ser definido como (ou por) uma metodologia específica, mas, sim, como um exercício intelectual do pesquisador que perpassa por experiências, estatísticas e histórias para buscar explicar suas evidências. Mahoney e Rueschemeyer (2003), igualmente, não condicionam o estudo comparado a um método ou uma teoria específica, mas a uma preocupação com a análise bem delimitada no tempo que possa explicar os eventos, ou seja, deve-se analisar o processo ao longo do tempo e argumentar sua influência. Ademais, os autores apontam ser uma inspeção minuciosa de casos particulares, a que chamaram “comparações contextualizadas”, explicando resultados em contextos históricos delimitados.

Conill (2012) ressalta que a análise comparativa na Saúde Coletiva é algo relativamente novo, ao contrário do que ocorre em outras áreas de conhecimento, como as ciências sociais, econômicas e políticas. E, quando o estudo comparado volta seus olhares para os sistemas de saúde, Conill (2018) considera que a análise é ainda mais desafiadora, dadas as questões

macroestruturais que influenciam diretamente a conformação dos modelos de atenção à saúde, tais como o modelo de desenvolvimento econômico de cada país e suas opções políticas de proteção social.

2.2 Análise de dados e informações

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura que se utilizou de pesquisa na base da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), de acervo bibliográfico sugerido e acumulado durante a realização do estudo e da literatura cinzenta. Os indicadores sociais, econômicos e de saúde explorados no estudo foram extraídos de diferentes agências, tomando como referência o ano mais atual dos indicadores disponíveis para ambos os países, como Banco Mundial (BM), Organização Panamericana de Saúde (OPAS), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Somente para os indicadores geográficos e populacionais foram utilizadas fontes distintas para os países, respeitando o ano comum para ambos. Ou seja, para o Brasil, utilizaram-se dados extraídos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e para o Chile, da página oficial do governo chileno.

3 O ESTUDO DOS CASOS BRASILEIRO E CHILENO

3.1 Caracterização socioeconômica de Brasil e Chile

Brasil e Chile são países latino-americanos localizados na porção sul do continente americano (América do Sul). O termo “América Latina”, como adverte Colburn (2002), não se refere a uma divisão geopolítica do continente americano, mas ao reconhecimento territorial de uma região histórica e socialmente marcada pela colonização de povos europeus de origem latina, quais sejam, franceses, portugueses e, majoritariamente, espanhóis, sendo o Brasil marcado pela colonização portuguesa e o Chile, pela colonização espanhola. Ambos os países estão organizados em um sistema de governo republicano presidencialista.

O Brasil está localizado na costa leste da América do Sul, banhado pelo Oceano Atlântico. Possui uma área territorial de 8,5 milhões km² e cerca de 203 milhões de habitantes, o que o faz o maior país na América Latina em extensão territorial e o mais populoso. (IBGE, 2023). O país detinha, em 2022, um Produto Interno Bruto (PIB) de US\$ 1,9 trilhão, o maior entre os países latino-americanos (BM, 2023). O Brasil, no entanto, não integra a Organização para a

Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), uma organização de países desenvolvidos com o objetivo de estimular o progresso econômico e mundial, tendo seu pleito já protocolado junto à agência em 2017 (OCDE, 2023) O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)¹ brasileiro é de 0,754, considerado alto (PNUD, 2022), mas seu índice de Gini², de 0,533 (PNUD, 2022), aponta para a desigualdade da distribuição de renda no país. O tempo médio de escolaridade da população brasileira³ é de 8,1 anos (PNUD, 2022); a expectativa de vida ao nascer⁴ é de 72,9 anos (PNUD, 2022); a taxa de mortalidade infantil,⁵ considerada alta, é de 13,4 por mil nascidos vivos (OPAS, 2019). Quanto à Força de Trabalho em Saúde (FTS) na razão de dez mil habitantes,⁶ o país conta com 18,9 médicos; 12 enfermeiros; e 6,4 cirurgiões-dentistas (OPAS, 2019). O gasto total no Brasil em ações e serviços de saúde corresponde a 9,1% do PIB do país, sendo 42,8% deste total de caráter público, e 57,2%, privado (OPAS, 2019).

O Chile, por sua vez, localiza-se na costa oeste da América do Sul, em uma faixa territorial de 757 mil km², entre a Cordilheira dos Andes e o Oceano Pacífico. Conta com uma população de cerca de 17,5 milhões de habitantes (CHILE, 2023a). O país possuía, em 2022, um PIB de U\$ 301 bilhões (BM, 2023) e integra a OECD desde 2010. O IDH chileno é classificado como “Muito Alto” (0,855), o maior da América Latina (PNUD, 2022), mas seu Gini, de 0,466 (PNUD, 2022), assim como no Brasil, expõe a desigualdade na distribuição de renda entre sua população. O tempo médio de escolaridade da população é de 10,9 anos (PNUD, 2022). A taxa de mortalidade infantil no país é de 7,1 por mil nascidos vivos (OPAS, 2019) e a expectativa de vida ao nascer é de 81,0 anos, a maior da região (PNUD, 2022). Quanto à FTS por dez mil

¹ O IDH é um indicador comumente utilizado pela Organização das Nações Unidas (ONU) para classificar os países e as regiões do mundo pelo “grau de desenvolvimento humano”. O índice foi criado em 1990 e é composto partir da combinação de dados de expectativa de vida ao nascer (que mede a longevidade), de educação (que mede o nível de formação educacional) e do PIB per capita (como um indicador do padrão de vida). Nesse indicador, que varia de 0 a 1, quanto mais próximo de 1, mais desenvolvido é um país ou região. Um índice abaixo de 0,555 traduz-se por um país ou região de baixo desenvolvimento humano; de 0,555 a 0,699, de desenvolvimento médio; de 0,700 a 0,799, de desenvolvimento elevado; e de 0,800 ou superior, de desenvolvimento muito elevado (PNUD, 2022).

² O Índice de Gini mede a diferença de renda entre os grupos de uma determinada população. O indicador varia de 0 a 1 e expõe a desigualdade e a concentração de renda. Quanto mais próximo do zero, mais igualitária é a distribuição de renda e de riquezas numa sociedade. Cabe bem destacar que desigualdade social ou de renda não representa, necessariamente, países ou regiões pobres, mas, sim, uma lacuna entre as pessoas mais ricas e as mais pobres de uma determinada população (OPAS, 2019).

³ Número médio de anos de educação obtidos por pessoas com 25 anos ou mais, convertidos a partir dos níveis de escolaridade, utilizando as durações oficiais de cada nível. (PNUD, 2022).

⁴ Número de anos que um recém-nascido poderá esperar viver se os padrões prevaletentes de taxas de mortalidade por idade no momento de seu nascimento permanecerem os mesmos durante toda a vida do recém-nascido. A expectativa de vida para o cálculo do IDH tem como limite 85 anos. Acima disso, considera-se a expectativa foi superada. No entanto, o Relatório do Desenvolvimento Humano 2021/2022 do PNUD destaca que a pandemia da Covid-19 provocou uma redução mundial na expectativa de vida ao nascer (PNUD, 2022).

⁵ Estima o risco de um nascido vivo morrer antes de chegar a um ano de vida (OPAS, 2019).

⁶ Não foram encontradas na literatura pesquisada publicações que apontassem um número ideal de profissionais de saúde por habitante. Tomam-se então como parâmetro neste estudo os números publicados pela OPAS (2019) para a América Latina na razão por 10 mil habitantes no ano de 2018: médicos: 21,5; enfermeiros: 15,7; dentistas: 5,5.

habitantes, o país conta com 9,1 médicos; 6,9 enfermeiros; e 1,3 cirurgiões-dentistas (OPAS, 2019). O gasto total no Chile em ações e serviços de saúde corresponde a 8,5% do PIB do país, sendo 58,8% desse total de caráter público, e 41,2%, privado (OPAS, 2019).

Quadro 1. Indicadores de saúde e socioeconômicos de Brasil e Chile (2016-2022)

INDICADOR	BRASIL	CHILE
Área territorial (milhões km ²) ⁽²⁰²²⁾	8,5	0,757
População (milhões) ⁽²⁰²²⁾	203	17,5
PIB (trilhões U\$) ⁽²⁰²²⁾	1,9	0,3
IDH ⁽²⁰²¹⁾	0,754	0,855
Gini ⁽²⁰²¹⁾	0,533	0,466
Escolaridade (anos) ⁽²⁰²¹⁾	8,1	10,9
Mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) ⁽²⁰¹⁷⁾	13,4	7,1
Expectativa de vida ao nascer (anos) ⁽²⁰²¹⁾	72,9	81,0
Médicos (por 10 mil habitantes) ⁽²⁰¹⁸⁾	18,9	9,1
Enfermeiros (por 10 mil habitantes) ⁽²⁰¹⁸⁾	12,0	6,9
Dentistas (por 10 mil habitantes) ⁽²⁰¹⁸⁾	6,4	1,3
Gasto total em saúde (% em relação ao PIB) ⁽²⁰¹⁶⁾	9,1	8,5
Gasto público em saúde (% em relação ao gasto total) ⁽²⁰¹⁶⁾	42,8	58,8
Gasto privado em saúde (% em relação ao gasto total) ⁽²⁰¹⁶⁾	57,2	41,2

Fonte: OPAS, PNUD, BM, IBGE, CHILE.

3.2 A saúde como direito nas constituições de Brasil e Chile

Importante matéria para o entendimento da conformação dos modelos de saúde é a compreensão da escolha que o Estado faz para sua sociedade quanto ao reconhecimento e aplicação do direito à saúde. Retroagindo na concepção histórica do direito como ciência, é no Estado Liberal, no final do Século XVIII, que surgem os primeiros direitos da humanidade, em oposição ao controle do Estado Absolutista. Eram princípios focados na ideia de liberdade individual (direito à vida e direito à propriedade), e o Estado deveria se abster de legislar sobre direitos civis e políticos a fim de não interferir na liberdade do indivíduo, ensejando em uma prestação negativa deste Estado nas questões jurisdicionais. A Independência dos Estados Unidos e a Revolução Francesa (1789) foram os principais marcos desse processo histórico (AITH, 2010).

Com o passar do tempo, o Estado Liberal entra em crise ao expor em sua organização social uma segmentação altamente excludente, em decorrência, justamente, de seu forte individualismo em oposição à atuação do Estado, trazendo para discussão um pensamento crítico em favor da dignidade das pessoas. Nesse momento surgem teorias no campo social em contraponto ao Estado Liberal “puro”, defendendo que o Estado que reconhece os direitos individuais de liberdade deve também cuidar de direitos fundamentais que assegurem padrões mínimos de vida digna, a fim de garantir a igualdade entre os cidadãos, como os direitos sociais, econômicos e culturais em um Estado de Bem Estar Social. E, ainda que a proteção social no campo do trabalho já tivesse sido alcançada em alguns países europeus em meados do século XIX, a elevação dos direitos sociais ao reconhecimento como direitos constitucionais só veio ocorrer em 1917 com a Constituição Mexicana, inaugurando o Constitucionalismo Social no campo do Direito, que consagra os direitos sociais como direitos fundamentais do indivíduo, em uma prestação positiva do Estado no contexto jurisdicional (AITH, 2010).

A partir de então, outros países, durante todo o Século XX, e em momentos distintos de suas histórias, começam também a introduzir em seus textos constitucionais a proteção dos direitos sociais, ainda que muito focados na proteção do trabalhador e nos direitos associados ao trabalho. E, pouco a pouco, outras proteções sociais foram incorporadas ao campo do direito, não só diretamente pelos Estados em suas constituições, mas, também, por tratados internacionais, consolidando o direito fundamental em todas as áreas sociais (AITH, 2010). No entanto, o direito à saúde só veio a ser reconhecido no rol dos direitos fundamentais após a Segunda Guerra Mundial, com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945, e da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1946, com destaque para a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), que, no que tange à proteção social à saúde, diz que:

Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle. (ONU, 1948, art. 25).

Outro importante tratado que incluiu a saúde no contexto da proteção social foi o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966), que estabeleceu:

Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental. As medidas que

os Estados Partes do presente Pacto deverão adotar com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar são: a) a diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças; b) a melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente; c) a prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças; e d) a criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade. (ONU, 1966, art. 12).

No Brasil, não obstante as primeiras constituições federais republicanas já fizessem menção à defesa e proteção da saúde, foi somente na Constituição Federal de 1988 que o Estado assume o dever de garantir a saúde de forma universal à sua população. O texto constitucional elevou a saúde a um direito fundamental e condicionou o Estado a implantar políticas públicas sociais e econômicas para este fim, trazendo a institucionalização de um sistema nacional de saúde integrado em rede:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, art. 196)

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único (...) (BRASIL, 1988, art. 198)

No Chile, a Constituição de 1925 já dispunha a saúde como um dever de Estado, mas teve suas premissas suspensas pelo golpe militar de 1973, sofrendo diversas alterações por decretos-lei durante o período de governo Pinochet. Somente em 1980, uma nova carta constitucional é promulgada, e que ainda permanece vigente.⁷ No que tange à saúde, assim determina a Constituição Federal Chilena, em seu art. 19, § 9:

Do direito à proteção da saúde. O Estado protege o acesso livre e igualitário a ações para promover, proteger e recuperar a saúde e a reabilitação do indivíduo. Também é responsável pela coordenação e controle das ações relacionadas à saúde. É dever preferencial do Estado garantir a execução das ações de saúde, sejam elas realizadas por instituições públicas ou privadas, na maneira e nas condições determinadas por lei, que possam estabelecer contribuições obrigatórias. Cada pessoa terá o direito de escolher o sistema de saúde que deseja usar, seja ele estatal ou privado. (CHILE, 1980, art.19, § 9)

⁷ Em 2019, o Chile viveu um período de intensas manifestações sociais que resultaram em uma nova proposta de Constituição para o país, que avançava, inclusive, quanto aos direitos à saúde. Levada a um plebiscito em 2022, o novo texto constitucional aprestado acabou sendo rejeitado pela população. (CHILE, 2022).

Como se observa, diferentemente da constituição brasileira, a constituição chilena abdicou o Estado do dever da assistência à saúde quando não reconheceu a saúde como um dever fundamental, mas, sim, preferencial do Estado. O modelo de saúde proposto se conforma em público e privado, e cabe ao cidadão sua escolha. Ao optar pelo privado, o cidadão renuncia ao direito da assistência pelo Estado. Ao mesmo tempo, diferentemente do Brasil, a carta constitucional chilena não previu um sistema único de saúde, universal e gratuito, mas um modelo dual e contributivo. Em 1985, a Lei nº 18.469 veio ainda regulamentar o exercício desse direito constitucional à proteção da saúde.

O exercício do direito constitucional à proteção da saúde inclui o acesso livre e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e aquelas voltadas para a reabilitação do indivíduo, bem como a liberdade de escolha da população pelo sistema público ou pelo sistema privado de saúde ao qual deva se filiar. (CHILE, 1985, art. 1º)

3.3 A trajetória do sistema de saúde no Brasil

Embora no Brasil a Constituição Federal de 1988 garanta o direito universal à saúde e o Estado o materialize por meio do SUS no provimento das ações e serviços públicos de saúde, convive também no interior do sistema de saúde brasileiro o segmento privado, que pode, inclusive, participar de forma complementar ao SUS por meio de contrato ou convênio (BRASIL, 1990). Há ainda o setor suplementar de planos privados de assistência à saúde, fortemente organizado, cobrindo cerca de 25% da população brasileira (ANS, 2023).

A trajetória assistencial à saúde no Brasil, entretanto, foi conformada já em meados do século XVI, quando da presença de hospitais pertencentes à Igreja Católica, as Santas Casas de Misericórdia, embora não possa ser considerada como uma forma de organização de serviços. A assistência era puramente curativa, constituindo-se de forma segregadora e de caridade aos enfermos. A presença do Estado Brasileiro em ações de saúde se daria apenas no início do século XX, com ações sanitárias de combate às doenças infectocontagiosas, de caráter coletivo e impositivo. Destaca-se o combate à febre amarela no governo republicano de Rodrigues Alves, tendo à frente o sanitarista Oswaldo Cruz. Já as primeiras organizações de atenção individual à saúde iniciariam de fato anos depois, em 1923. E não por iniciativa do Estado, mas das organizações e da classe trabalhadora, que vincularam nas Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP), organizadas por cada categoria profissional, a assistência à saúde aos trabalhadores e seus dependentes. Ou seja,

a saúde era um benefício incluído na política previdenciária (MENICUCCI, 2011; MACHADO et al, 2018; TEIXEIRA et al, 2018).

Em 1930, durante o governo Getúlio Vargas, o Estado Brasileiro viria a intervir na organização deste modelo, fazendo reunir as diferentes caixas em autarquias federais denominadas Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) e integrá-las ao recém-criado Ministério do Trabalho. Foi também com Getúlio Vargas, em 1953, em sua segunda passagem como presidente do país, que a saúde ganha uma estrutura própria no governo, com a criação do Ministério da Saúde.⁸ Com a pasta, as ações governamentais de saúde se desvinculam do sistema previdenciário, mas somente as de caráter coletivo, de campanhas de prevenção e de combate a endemias, epidemias e imunização. As ações assistenciais curativas permaneciam vinculadas às contribuições previdenciárias organizadas por meio das IAP. Ao mesmo tempo, um mercado privado de assistência à saúde se organizava e crescia financiado pela contratação das empresas para assistência a seus empregados. Em 1967, já sob o governo militar do presidente Costa e Silva, os IAPS são unificados, não havendo mais a diferenciação entre as categorias. É criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que foi a consolidação do sistema previdenciário brasileiro num único órgão, com a equiparação pelo Estado dos diferentes benefícios das diferentes categorias. Representou um grande avanço no reconhecimento e inclusão dos trabalhadores rurais ao sistema previdenciário, até então voltado apenas para os trabalhadores urbanos. Uma nova reestruturação do setor previdenciário e de saúde brasileiro ocorreria em 1977, no governo de João Figueiredo, o último presidente militar da era ditatorial brasileira. Cria-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) no interior do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) que se conformava em dois diferentes órgãos: o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), responsável pela assistência médica aos segurados, e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), a quem foi atribuída toda a atividade financeira do sistema, além do INPS, que só seria extinto em 1990 pela Lei nº 8.029. (MENICUCCI, 2011; MACHADO et al, 2018; TEIXEIRA et al, 2018).

Nos anos 1980 o país viveu sua redemocratização, após duas décadas de período militar. No campo político da saúde, este período foi marcado pelo Movimento Sanitário Brasileiro (MSB), de liderança intelectual acadêmica e de profissionais de saúde, que mobilizou segmentos da sociedade brasileira na luta pela universalização do acesso à saúde. Suas propostas conduziram a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e motivariam a criação de um sistema nacional

⁸ O Ministério da Saúde foi criado pela Lei nº 1.920 de 25 de julho de 1953, a partir da separação do então Ministério da Educação e Saúde, que respondia pelas duas pastas (BRASIL, 1953).

de saúde. De fato, em 1988, é promulgada a Constituição Brasileira, na qual a saúde é reconhecida como direito fundamental e universal a ser garantido pelo Estado. Rompe-se com a lógica histórica da assistência à saúde vinculada à contribuição, desde os CAP ao INAMPS. A saúde passava agora a ser garantida pelo Estado por meio de políticas econômicas e sociais e materializada no SUS, de acesso universal, igualitário e gratuito. Por outro lado, a criação de um sistema público de saúde não fez romper com a existência do mercado da saúde existente, reconhecida livre a iniciativa privada e permitida sua participação complementar à rede assistencial pública. Em 2009, pela lei 12.101, reconhecem-se as pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos como entidades beneficentes de assistência social de prestação de serviços de saúde, como as antigas Santas Casas e os demais hospitais filantrópicos. E quanto à forma de organização do mercado de privado de saúde, que viria se constituir fortemente por meio das operadoras de planos de assistência à saúde na comercialização de planos de saúde, a que se convencionou chamar Saúde Suplementar, a Constituição Federal Brasileira não fez nenhuma menção. Mas a regulamentação da comercialização dos planos privados de saúde em 1998 com a Lei 9.656 e a criação de uma agência reguladora deste mercado em 2000 pela Lei nº 9.961, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), fez instituir um modelo híbrido, misto, no interior do sistema de saúde brasileiro, tendo em seu segmento público o SUS, e no privado, a Saúde Suplementar. A cobertura no SUS é universal. E no campo privado, o país contava em 2022 com 50,4 milhões de consumidores de planos de assistência privada à saúde, uma cobertura de cerca de 25% da população brasileira (MENICUCCI, 2011; MACHADO et al, 2018; TEIXEIRA et al, 2018).

Quadro 2 – Principais marcos históricos da assistência à saúde no Brasil

ANO/PERÍODO	MARCO	O QUE REPRESENTOU
Século XVI a início do séc. XX	Assistência à saúde, geralmente hospitalar, pelas instituições religiosas católicas	Ações assistenciais coletivas por caridade
Início do séc. XX	Combate às doenças infectocontagiosas, de caráter impositivo, não representando ainda uma organização do setor.	Embora não representem a organização do setor da saúde, as ações sanitárias ganham destaque na agenda da saúde pública brasileira
1923	Implantação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP)	Foram as primeiras organizações de assistência à saúde no Brasil, ainda que vinculadas ao sistema previdenciário que se estruturava.
1930	As CAP são extintas e reunidas em um só instituto, os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP)	O Estado Brasileiro assume a gestão dos fundos previdenciários e de saúde, integrando-os ao recém-criado Ministério do Trabalho
1953	Criação do Ministério da Saúde (a partir de desmembramento do Ministério da Educação e da Saúde)	As ações institucionais de saúde passam a se desvincular do sistema previdenciário, ainda que somente no

		campo das campanhas de prevenção e de combate a endemias e epidemias
Anos 1950/1960	Crescimento industrial brasileiro	Concomitantemente às ações governamentais de assistência à saúde, as empresas passam a oferecer assistência privada a seus empregados. É o marco da medicina de grupo ou privada de saúde no país.
1967	As IAP são extintas e reunidas em um único instituto, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)	Representa a consolidação do sistema previdenciário brasileiro num único órgão, sem distinção entre as categorias profissionais
1977	É criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)	O INAMPS foi o órgão responsável pela assistência médica aos segurados
1986	O Movimento pela Reforma Sanitária e a VIII Conferência da Saúde	Suas propostas auxiliariam na elaboração do texto constitucional
1988	Constituição Federal (art.196)	A saúde passa a ser direito universal e dever do Estado, mas o mercado é livre à iniciativa privada.
1990	Extinção do INPS (Lei nº 8.029) e Criação do SUS (leis 8.080 e 8.142)	A assistência à saúde passa a ser financiada por toda a sociedade, por meio de impostos, e não mais através contribuições salariais. O setor privado pode participar de forma complementar ao SUS.
1993	Extinção do INAMPS	No princípio do comando único do SUS, materializa-se o MS na direção única da esfera federal
1998	Lei 9.656	Regulamentação os planos privados de assistência à saúde
2000	Lei 9.961. Criação da ANS.	A criação de uma agência reguladora do mercado privado de planos de saúde institucionaliza a Saúde Suplementar no sistema de saúde brasileiro e seu caráter híbrido.
2009	Lei 12.101. Lei da filantropia.	Reconhecem-se as pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos como entidades beneficentes de assistência social com finalidade de prestação de serviços de saúde.

Fonte: Elaborado pelo autor, baseado na literatura utilizada (2023).

3.4 A trajetória do sistema de saúde no Chile

O *Sistema Nacional de Servicios de Salud* (SNSS) é o sistema de saúde chileno. Organiza-se de forma dual, constituído por um segmento público, representado pelo *Fondo Nacional de Salud* (FONASA), e por um segmento privado, as *Instituciones de Salud Previsional* (ISAPRES). Mas as primeiras ações de saúde no Chile, assim como ocorrera no Brasil, remontam a meados do século XVI, em seu período colonial, com a presença de instituições religiosas católicas, de caráter beneficente. Porém, no final do século XIX, sendo o Chile já uma república independente da

Espanha, foi ordenado o *Reglamento Orgánico de la Junta de Beneficência*, que deu uma unidade administrativa às Santas Casas, transformando-as de entidades beneficentes e de caridade a entidades assistenciais de saúde. O financiamento era majoritariamente público e este momento representa as primeiras ações de organização das ações de saúde no país. Já no século XX, mais precisamente no ano de 1924, é criado o *Ministerio de Higiene, Asistencia y Prevision*. É nesse momento que é instituído também o *Seguro Obrero Obligatorio* (Seguro Obrigatório do Trabalhador), modelo contributivo de proteção social por categorias de emprego e vinculado ao sistema de previdência social e saúde, financiado por trabalhadores, por empregadores e pelo Estado. A administração coube às *Cajas de Seguro Obrero* (Caixas de Seguro Obrigatório), responsáveis pela contratação de médicos e pela assistência a seus segurados em consultórios e postos de saúde, estrategicamente instalados em lugares de concentração de trabalhadores. Já a atenção hospitalar era prestada nos estabelecimentos conveniados com a *Junta de Beneficência*. Esse período coincidiu com o momento de democratização no país, e a Constituição Federal promulgada em 1925 estabeleceu como dever do Estado a organização de um serviço nacional de saúde pública, o que viria acontecer mais adiante. Porém, várias leis de proteção ao trabalhador que foram criadas neste período incorporaram importantes direitos à saúde, como a *Ley de Medicina Preventiva*, em 1938, que determinou que todas as caixas de pensão deveriam estabelecer serviços de medicina preventiva para seus segurados; e o *Servicio Médico Nacional de Empleados* (SERMENA), em 1942, que fundiu os departamentos médicos das Caixas dos Empregados dos setores público e privado. Em 1952, as *Cajas de Seguro Obrero* são extintas, havendo uma divisão organizacional entre os sistemas previdenciário e de serviços de saúde com a criação do *Sevicio de Seguro Social* (Serviço de Previdência Social), no âmbito do Ministério do Trabalho, e o *Servicio Nacional de Salud* (SNS), no âmbito do novo Ministério da Saúde Pública. O SNS representou a concretização do preceito constitucional do Estado como protetor do bem-estar e da saúde e com forte expansão da cobertura populacional durante os anos 1960, representada por garantias de proteção à saúde à toda a população e de assistência aos trabalhadores e seus dependentes. (LABRA, 1995; LABRA, 2001; CHILE, 2019; GIOVANELLA et al, 2012; CORTÉS et al, 2020)

Porém, em 1973, inicia-se no Chile um período ditatorial militar imposto pelo General Augusto Pinochet que vigoraria até 1990. Nesse período, reformas neoliberais foram implantadas, promovendo a privatização do setor da saúde e modificando o cenário de conquista sociais ora alcançadas. Até o ano de 1979, o SNS não sofreu modificações em sua organização, mas a diminuição do gasto público para seu funcionamento expôs sua ineficiência. Naquele ano, e com o intuito de reestruturar os serviços de saúde, houve a fusão do SNS com o SERMENA, resultando

no *Sistema Nacional de Servicios de Salud* (SNSS), que passaria a se organizar por meio de um fundo financeiro encarregado de receber, administrar e distribuir a receita pública para o setor da saúde, o FONASA. Em 1981 são criadas as ISAPRES, instituições ligadas ao setor privado de saúde para assistência de seus filiados e por eles financiadas, como alternativa ao sistema público. Mas, em 1985, reestruturações no setor de saúde chileno reconheceram o FONASA e o ISAPRES como integrantes do SNSS, ou seja, um sistema dual composto por um segmento público e outro privado. Para ambos os modelos, é adotada a contribuição obrigatória sobre o salário, na ordem de 7% do vencimento. A população teria livre escolha de filiação, ou seja, o cidadão chileno faria sua contribuição, ou ao FONASA, ou a ISAPRES, garantida a cobertura dos serviços pelo sistema de escolha. No entanto, para utilização dos serviços pelo FONASA, os contribuintes, além da contribuição compulsória descontada em folha salarial ou paga quando autônomos, ainda teriam que arcar com seus custos quando da utilização dos serviços, subsidiados em parte pelo governo chileno de acordo com a renda e número de dependentes dos contribuintes, segmentando-o internamente em diferentes categorias. Estavam isentos de copagamento pela utilização dos serviços apenas os reconhecidamente carentes de recursos e pertencentes aos programas sociais do governo chileno e os de renda igual ou inferior a um salário mínimo chileno. Os demais filiados deveriam contribuir com copagamento de acordo com a renda.⁹

Já na filiação ao ISAPRES, o segmento privado do modelo dual chileno, além da contribuição compulsória de 7% na folha salarial, deveria o cidadão chileno contratar uma operadora de saúde, isentando o governo da responsabilidade assistencial, que passava a ser da operadora contratada. Mas quando da escolha pelo ISAPRES, o cidadão chileno deixava também de estar coberto pela assistência do FONASA. Ou seja, na opção pelo sistema privado, o indivíduo e sua família abdicava-se dos serviços do Estado. No entanto, os altos valores praticados pelo mercado para contratação dos serviços privados fizeram com que a maioria da população se mantivesse filiada ao FONASA (LABRA, 1995; LABRA, 2001; CORTÉS et al, 2020)

Em 1990, com o fim do período ditatorial e a reinserção da democracia no país, o governo chileno assume a responsabilidade de uma reforma do setor da saúde. Porém manteve-se a estrutura dual do sistema de saúde nacional, com os segmentos público e privado independentes e não sobrepostos, e uma insatisfação da população quanto à diferença de cobertura de serviços entre eles. Somente em 2005, sob o governo de Ricardo Lagos, o SNSS passaria por uma reforma, com a criação do *Plan de Acceso Universal a Garantías* (AUGE) pela Lei 19.966, uma reforma que

⁹ Em setembro de 2022, já no atual governo de Gabriel Boric, uma importante medida do Estado chileno deu fim aos copagamentos pelos contribuintes do FONASA pela utilização dos serviços, fazendo eliminar a segmentação interna do sistema pela renda, instituindo-se o “*Copago Cero*” no FONASA. (CHILE, 2022).

garantiu um elenco mínimo de cobertura comum ao FONASA e ao ISAPRES. A incorporação de tratamentos e tecnologias é paulatina. Iniciou com 25 patologias em 2005, e contava em 2023 já com 87 patologias cobertas em ambos os sistemas, sejam por coberturas já incorporadas às ISAPRES e unificadas ao FONASA, seja por novas incorporações realizadas para ambos os sistemas.

Em 2015, já sob o governo de Michele Bachelet, outra importante estratégia é adotada na cobertura assistencial à saúde. É promulgada a Lei Ricarte Soto (Lei nº 20.850), por meio da qual o Estado chileno, a fim de assegurar proteção financeira às famílias com gastos em saúde, passou a garantir o acesso a todos os beneficiários do sistema de saúde chileno a diagnóstico e tratamentos de 27 patologias consideradas de alto custo sem distinção entre FONASA e ISAPRES. Para o sistema de seguridade social chileno, consideram-se como doenças ou patologias de alto custo aquelas cujo tratamento seja igual ou superior a 40% da renda familiar anual (FAJURI, 2007; CHILE, 2015).

Mas há ainda que se destacar que existe uma pequena parcela da população chilena que não é filiada nem ao FONASA nem aos ISAPRES. Este grupo é representado pelos militares das *Fuerzas Armadas de Chile* (F.F.A.A.) e pela classe média alta chilena. Para os membros da F.F.A.A. e seus dependentes é garantida assistência à saúde pelo Estado chileno em instalações próprias das forças armadas. Já a classe média alta chilena é provedora de seus próprios custos mediante pagamento direto pelos serviços privados de saúde, sem intermediação do Estado. Em 2023, 83% da população chilena estava coberta pelo FONASA; 15% pelas ISAPRES; 1% pelas F.F.A.A.; e 1% pela classe média alta chilena, provedora direta dos serviços privados assistenciais (CHILE, 2023).

Quadro 3 – Principais marcos históricos da assistência à saúde no Chile

ANO/PERÍODO	MARCO LEGAL/NORMATIVO	O QUE REPRESENTOU
Século XVI	Assistência à saúde, geralmente hospitalar, pelas instituições religiosas católicas	Ações assistenciais coletivas de caráter beneficente, por caridade
Final do século XIX	Promulgação do Regulamento Orgânico de la Junta de Beneficência	Primeiras ações organizativas de saúde no país, com reconhecimento dos hospitais católicos (Santas Casas) como unidade assistencial, e não mais entidades de caridade, cujo financiamento era majoritariamente público
1924	Ministerio de Higiene, Asistencia y Prevision Seguro Obrero Obligatorio	Organização da assistência à saúde por categoria de emprego
1925	Constituição Federal	Estabeleceu como dever do Estado a organização de um serviço nacional de saúde pública
1938	Ley de Medicina Preventiva	Determinou que todas as caixas de pensão deveriam estabelecer serviços de medicina preventiva para seus segurados

1942	Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA)	Fundiu os departamentos médicos das Caixas dos Empregados dos setores público e privado.
1952	Servicio Nacional de Salud (SNS)	A concretização do preceito constitucional do Estado como protetor do bem-estar e da saúde, representada por garantias de proteção à saúde à toda a população e de assistência aos trabalhadores e seus dependentes
1979	Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) e Fondo Nacional de Salude (FONASA)	O SNSS tem sua origem na fusão do SNS e o SERMENA. Para receber, administrar e distribuir a receita pública para o setor da saúde, foi criado um fundo financeiro, o FONASA.
1981	Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES)	O ISAPRES surge como instituições ligadas ao setor privado para assistência à saúde, alternativo ao sistema público e financiado por seus filiados.
1985	O ISAPRES é reconhecido como integrante do SNSS, juntamente com o FONASA	É como se conforma o atual sistema de saúde chileno, segmentado em dois modelos (dual): um público (FONASA), e outro privado (ISAPRES)
2005	Lei 19.996 (AUGE)	Unificação da cobertura de serviços pelo FONASA e ISAPRES
2015	Lei nº 20.850 (Ley Ricarte Soto)	Garantia universal de tratamento de alto custo e maior proteção financeira às famílias com os gastos em saúde, cobertos pelo FONASA ou pelo ISAPRES
2022	Fim dos copagamentos no FONASA pela utilização dos serviços	Fim da segmentação interna no FONASA por renda ou número de dependentes e maior proteção financeira às famílias com os gastos em saúde

Fonte: Elaborado pelo autor, baseado na literatura pesquisada (2023).

4 O COMPORTAMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE DE BRASIL E CHILE FRENTE ÀS POLÍTICAS MACROECONÔMICAS NA REGIÃO

Como já apresentado, Brasil e Chile têm reconhecimentos distintos sobre o direito à saúde por suas sociedades nas respectivas cartas constitucionais e, por conseguinte, conformam seus sistemas de saúde em modelos também distintos.

No Chile, ainda que a democratização do país tivesse sido alcançada em 1990, sua constituição vigente data do período de regime de ditadura militar do país, promulgada em 1980. Na Carta Chilena, a opção do Estado não se deu para o direito fundamental à saúde, mas, sim, preferencial, o que faz com que seu sistema de saúde se organize desde então em um modelo dual, em que o cidadão, ao optar pelo segmento privado de assistência à saúde, isenta o Estado do dever de provê-lo. Ao final, o sistema chileno se organiza em um sistema de saúde privado optativo e substitutivo ao sistema público (SOUZA; BUSSINGUER, 2017); (CORTÉS, 2020).

No Brasil, ao contrário, a Constituição Federal de 1988, que data justamente de seu período de redemocratização, reconhece o direito fundamental e universal à saúde como dever do Estado. Para Souza e Bussinger (2017), a Constituição brasileira reconhece, então, a saúde como um

direito subjetivo individual à prestação material pelo Estado Brasileiro, ainda que sejam livres a iniciativa e assistência privadas. No entanto, chama atenção que, nesse contexto de previsões distintas de direito à saúde nas constituições brasileira e chilena, a lógica de mercado encontra-se presente em ambos os modelos de saúde. O Brasil possui um sistema de saúde universal, público e gratuito, mas o mercado de planos privados de assistência à saúde representa um importante setor econômico (ANS, 2023).

Quanto à trajetória dos sistemas de saúde brasileiro e chileno, possível encontrar algumas semelhanças e diferenças. Ambos os países tiveram suas primeiras ações assistenciais de saúde como de caráter beneficente e de caridade aos enfermos, promovidas pelas Santas Casas, pertencentes a instituições religiosas católicas, ainda em seus períodos coloniais. No entanto, diferentemente do que ocorreu no Brasil, as Santas Casas no Chile foram reconhecidas como entidades assistenciais da saúde já no século XIX, o que representou, inclusive, as primeiras ações de saúde no país financiadas pelo Estado. No Brasil, tais entidades permaneceram com *status* de entidades beneficentes de assistência social, sendo reconhecidas como de finalidade de prestação de serviços de saúde somente em 2009, com a Lei 12.101 (revogada posteriormente pela Lei Complementar nº 187/2021), que garantiu a essas entidades incentivos, isenções e subsídios financeiros pelo Estado quando da participação complementar ao SUS (BRASIL, 2009). Ambos também introduziram um modelo social contributivo, ligado à previdência social nos anos 1920, e apresentaram trajetórias semelhantes na organização de fundos previdenciários que garantiam a assistência à saúde aos trabalhadores, e que, em seu processo histórico passaram por fusão, extinção e criação de diferentes órgãos para administrar os fundos e a assistência. No entanto, o Chile se lançou muito antes do Brasil na ruptura desse modelo para viver a experiência de um sistema nacional de saúde já nos anos 1950, na tendência do Estado de Bem-estar do pós-segunda guerra mundial. Ou seja, muito antes da experiência brasileira, que foi institucionalizada somente nos anos 1990 com o SUS. O sistema contributivo brasileiro, ligado à previdência social, perdurou por mais tempo que o chileno. A experiência chilena com um sistema nacional de saúde foi logo interrompida pelo golpe militar de 1973, gerando um sistema dual e retroagindo ao modelo contributivo compulsório. As reformas neoliberais no país antecederam, inclusive, as propostas e tendências macroeconômicas conduzidas pelas agências internacionais sobre os países da América Latina nos anos 1990 (LABRA, 1995; LABRA, 2001; MENICUCCI, 2011). E é a partir deste recorte temporal, que serve de cenário para a discussão, que se faz compreender o comportamento dos sistemas de saúde brasileiro e chileno frente aos movimentos políticos e macroeconômicos que influenciaram ajustes e reformas em seus sistemas de saúde.

O primeiro período a se destacar são os anos 1990 (1990-1999), quando o neoliberalismo se expande de seu núcleo central (países centrais ocidentais) em direção à periferia do sistema capitalista (incluindo a América Latina), a fim de globalizar um padrão de organização econômica pautada no mercado, no que ficou convencionado como Consenso de Washington (CW), cujas diretrizes são:

a) o equilíbrio das contas públicas, obtidas, preferencialmente, a partir das reduções de despesas, como cortes em subsídios destinados a empresas públicas e privadas, e não pelo aumento de impostos; b) a liberalização da economia aos investimentos estrangeiros; isto é, uma abertura comercial e um processo de desregulamentação com gradativo (porém, constante) processo de redução do controle governamental sobre o setor privado e, ao mesmo tempo, sua atuação direta no setor produtivo através da aquisição de empresas estatais (geralmente atuando monopolisticamente); e c) a privatização como a solução mais eficaz para transferir para o setor privado as empresas do Estado que, por sua vez, passariam a atuar sobre as leis do mercado, fortalecendo o ambiente competitivo, o que permitiria, a um só tempo, a resolução da "questão fiscal" do Estado e, de outro lado, a indução de um progresso técnico que somente os capitais privados transnacionais poderiam ofertar, na forma de produtos e serviços (Leme, 2010, p.131).

As reformas políticas de Ronald Reagan, nos Estados Unidos da América (EUA),¹⁰ e as de Margareth Thatcher, no Reino Unido,¹¹ são reconhecidas como as primeiras intervenções econômicas de austeridade fiscal dessa ideologia econômica. Suas diretrizes foram descritas por economistas e instituições financeiras, entre elas o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM), como um receituário a ser seguido para que os países se ajustassem ao novo postulado econômico (MENCHISE; FERREIRA; ÁLVAREZ, 2023).

Para que os países latino-americanos pudessem renegociar suas dívidas e conseguissem melhores condições de crédito, as agências internacionais impuseram como condição sua inserção ao novo modelo liberal da economia mundial, a destacar a privatização de suas empresas estatais, a desregulamentação da economia e a liberalização unilateral do comércio exterior, o que permitiu que a região ficasse dependente de fundos financeiros internacionais (MARTINEZ; OLIVEIRA, 2015). No entanto, os países latino-americanos tiveram dificuldades em atender à nova ordem econômica, devido, principalmente, ao processo histórico de colonização, que expôs sua

¹⁰ O governo Reagan foi calcado em quatro medidas estratégicas de inspiração neoconservadora e neoliberal: reduzir os gastos do governo federal; diminuir impostos para a indivíduos e empresas com capacidade de investir e ampliar a base de arrecadação sobre os trabalhadores; encolher as regulações federais sobre a atividade econômica; e estabilizar a moeda. Investimentos no Welfare e em outras áreas sofreram redução expressiva em seu governo (NETO, 2021).

¹¹ A política neoliberal de Thatcher limitou os direitos trabalhistas na Inglaterra e enfraqueceu os sindicatos. Foi um período de corte de gastos públicos com políticas sociais, como saúde e educação. Inicia-se um processo de privatização do sistema de saúde inglês, o *National Health Service* (NSH), favorecendo os interesses privados na provisão de serviços de saúde (AMADEO; ANDREAZZA; REIS, 2021).

vulnerabilidade competitiva na economia mundial, marcada ainda pelo atraso tecnológico, ausência de uma infraestrutura adequada, crise fiscal dos Estado, alto endividamento externo, estagnação econômica, inflação crescente, recessão e desemprego (LEME, 2010). No entanto, o Brasil, embora também tivesse aderido à ordem econômica neoliberal dos anos 1990 durante os governos de Fernando Collor de Melo/Itamar Franco (1990-1994) e Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), paradoxalmente, não a empregou em seu sistema de saúde. Em outras palavras: contrariamente às diretrizes das agências internacionais, o país proporcionou uma reforma em seu sistema de saúde que fez instituir um sistema de saúde universal, público e gratuito, materializado, em 1990, no SUS. Ou seja, uma reforma que não atendeu naquele momento à reforma estrutural do neoliberalismo, mas, sim, aos pressupostos de uma reforma sanitária brasileira conduzida por movimentos sociais em um momento de redemocratização do país (MENICUCCI, 2011; MACHADO et al, 2018; TEIXEIRA et al, 2018).

Cabe destacar, porém, que o setor privado de saúde no Brasil não foi suprimido. Ao contrário, esse segmento permaneceu existindo paralelamente ao setor público, sendo ainda permitida sua participação de forma complementar ao sistema público de saúde, além do reconhecimento da Saúde Suplementar e das operadoras de planos privados de saúde na comercialização de planos de assistência à saúde, o que fez institucionalizar, por conseguinte, a conformação híbrida do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 1990).

O Chile, por outro lado, vivenciou a experiência de privatização de seu sistema de saúde antes mesmo da influência neoliberal dos anos 1990 produzida na Europa e nos EUA por Reagan e Thatcher. Bastos (2015) vê já na ditadura militar chilena, posta em 1973 pelo General Augusto Pinochet, traços dessa nova ordem econômica. Contudo, o autor ressalta que esse arranjo chileno não se deu pelo desenvolvimento do mercado, mas, sim, pela força do regime autoritário de seu regime ditatorial. Ou seja, diferentemente, das reformas neoliberais dos anos 1990, que ocorreram em um contexto democrático pelos países que o aderiram, no Chile a reforma do sistema de saúde se deu em um diferente momento político e econômico distinto da onda neoliberal que conduziria as tendências das políticas macroeconômicas difundidas pelo CW.

Quando do golpe militar de 1973, o Chile possuía leis de direito à saúde incorporadas a leis de proteção ao trabalhador e uma constituição federal vigente desde 1925 e que estabelecia que o Estado deveria organizar um sistema nacional de saúde. O modelo proposto tardou de ser implantado, institucionalizando-se quase três décadas depois, em 1952, com a criação do SNS, o que fez expandir a cobertura populacional e de serviços. No entanto, os ajustes estruturais implantados pelo governo militar de Pinochet fariam privatizar o sistema de saúde chileno, cuja

organização se fez em um modelo dual, segmentado pelo FONASA e pelas ISAPRES. Ou seja, quando a América Latina adentrava nos anos 1990 ao regime de ajustes fiscais e estruturais e de privatizações das empresas estatais, o Chile já conduzia sua política neoliberal desde o início do governo Pinochet, em 1973 (LABRA, 1995; LABRA, 2001; CORTÉS et al, 2020)

O segundo período explorado pelo estudo e que moldou a reorganização política da América Latina tem início em 2000, em um período que ficou conhecido como “Onda Rosa” (LEVCOVITZ, COUTO, 2018) ou “Giro à Esquerda” (STOESSEL, 2014), que se estendeu até 2015/2016. Os fracos resultados econômicos alcançados pela América Latina nos anos 1990 em função das reformas neoliberais propostas pelo CW e a manutenção de sua dependência em relação aos países centrais agravaram as condições sociais na região e fizeram ascender um discurso de ruptura com a agenda neoliberal e de recomposição da capacidade do Estado (STOESSEL, 2014). Grupos progressistas (ou de esquerda) ascendem ao poder em vários países da região, rompendo com a lógica neoliberal e buscando implantar uma unificação ideológica latino-americano e políticas sociais mais igualitárias e redistributivas. O contexto econômico dos anos 2000 acabou por favorecer essa ascensão política, por coincidir com um momento de crescimento da demanda mundial por *commodities*¹² latino-americanas que, por conseguinte, fez retomar o crescimento econômico na região, proporcionando o equilíbrio de suas contas públicas inclusive com pagamento de dívidas e realização de reservas cambiais (LEVITSKY; ROBERTS, 2011). Bredow *et al* (2018) destacam também que nesse período quase dois terços da população latino-americana esteve sob governo progressista. No Chile, Ricardo Lagos assumiria o poder em 2000 com o *Partido Socialista de Chile* (PS), no Brasil, Luiz Inácio “Lula” da Silva, em 2003 com o Partido dos Trabalhadores (PT) (LEVITSKY; ROBERTS, 2011) (STOESSEL, 2014).

Os casos chileno e brasileiro, entretanto, divergem entre si mais uma vez nessa trajetória política de ascensão e manutenção no poder. Enquanto no Brasil, o PT se afirmaria durante todo o período da “Giro à Esquerda”, com a reeleição de Lula e sua sucessão por Dilma Rousseff por dois outros mandatos, no Chile, observou-se uma alternância de poder entre os partidos das alas esquerda e direita. Após o governo de Ricardo Lagos, o PS ainda elegeu Michele Bachelet, mas que, a cada eleição, passou a dividir de forma alternada a cadeira presidencial do país com Sebastián Piñera, representante de partidos liberais e de direita na coligação *Vamos Chile*. O “Giro à Esquerda” na América Latina chegaria ao seu fim nos anos 2015-2016, iniciando um novo ciclo neoliberal, cujo

¹² Commodities – ou commodity, no singular – é uma expressão do inglês para fazer referência a um determinado bem ou produto de origem primária. Geralmente, trata-se de recursos minerais, vegetais ou agrícolas, tais como petróleo, cobre, carvão mineral, soja e cana-de-açúcar.

marco se daria com a derrota do peronismo na Argentina (2015) e o *impeachment* presidencial no Brasil (2016).

Quanto ao comportamento dos sistemas de saúde frente a esses dois momentos (anos 1990 e anos 2000), cabe mais uma vez destacar a singularidade do caso brasileiro nesse processo, pelo fato de o Estado Brasileiro ter instituído um sistema nacional de saúde justamente no momento dessa influência do CW sobre os países da região. O país acabou por adotar um modelo na contramão das propostas neoliberais, mas ancorada, como já aqui exposto, pelo período de redemocratização do país e da promulgação de uma constituição federal que fez reconhecer o direito à saúde como um direito fundamental e de dever do Estado (MENICUCCI, 2011).

Já quanto ao período dos anos 2000 na região, de ruptura com a ordem neoliberal que fez surgir governos progressistas, cabe destacar a observação de Vadell e Carvalho (2014) que pode, inclusive, explicar as reformas que Brasil e Chile implantaram em seus sistemas de saúde. Os autores denominam o período dos anos 2000 de pós-neoliberal e consideram que não houve de fato um rompimento integral com a proposta neoliberal pelos países da região, mas apenas uma quebra parcial com as aplicações mais radicais do CW, como a liberalização da economia, ao passo que se manteve a linha de responsabilidades macroeconômicas, representada principalmente pela busca constante pelo equilíbrio fiscal.

Nessa linha de raciocínio, Carrillo Roa, Alfaro Cantón e Ferreira (2016) consideram que as reformas dos sistemas de saúde na América Latina tiveram diferentes propostas e alcances, classificando-as como do tipo integral ou do tipo focal. A reforma integral, oriunda de um arcabouço legal disciplinador, provoca uma reorganização interna do sistema que atinge toda a sociedade. Por outro lado, a reforma focal tem como objetivo atender a condições particulares de saúde de grupos específicos da população, com políticas singulares de inclusão, sem que, ao final, altere o modelo organizacional do sistema de saúde.

Nesse sentido, o atual modelo dos sistemas de saúde brasileiro e chileno se conformaram por meio de uma reforma estrutural, pois ambos romperam com uma lógica anterior e se reestruturaram a partir de novas propostas, ainda que distintas. Ou seja, no caso brasileiro, houve a substituição do modelo meritocrático pelo universal. E no caso chileno, de forma contrária, do modelo universal pelo meritocrático. Ambos os países mantêm ainda seus modelos de saúde vigentes tais como propostos em suas últimas reformas. O Brasil, com a criação do SUS nos anos 1990, implantou um sistema nacional, enquanto o Chile, nos anos 1980, tornou-o contributivo e organizado de maneira dual no FONASA e nas ISAPRES.

Porém, mesmo um sistema de saúde que passa por reformas estruturais pode promover reformas focalizadas em sua estrutura organizacional, como mesmo destacaram Carrillo Roa, Alfaro Cantón e Ferreira (2016). No Brasil, podemos destacar algumas importantes reformas focais que fizeram aumentar a cobertura populacional. Na política de saúde bucal, a inserção de equipes de Saúde Bucal nas equipes de Saúde da Família (2001) (BRASIL, 2001) e a criação do Programa Brasil Sorridente (2004), em que a saúde bucal passou a contar com Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (BRASIL, 2004). Programas de interiorização da força de trabalho em saúde, como o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) em 2011 (BRASIL, 2011) e, principalmente, o Programa Mais Médicos pelo Brasil (2013) (BRASIL, 2013). No campo da assistência farmacêutica, o Programa Farmácia Popular (2004), no qual o governo federal financia a construção e parte do custeio de farmácias para a venda de medicamentos previamente listados a preços inferiores aos praticados pelo mercado, em uma lógica inversa à proposta do SUS, de distribuição gratuita de medicamentos, dada a assistência farmacêutica estar garantida pelo Estado (BRASIL, 2004a).

No Chile, embora o modelo não seja universal e gratuito, as reformas focais em seu interior apresentaram também grandes avanços nesse período, com destaque para o AUGE, que unificou a cobertura assistencial aos dois sistemas, FONASA e ISAPRES, e a proteção financeira pelo Estado à população nos tratamentos de alto custo, também para os filiados dos dois sistemas. Em ambas as políticas, a incorporação de tecnologias e patologias vem aumentando desde suas institucionalizações no sistema de saúde chileno. Cabe lembrar ainda que, recentemente, o governo chileno aboliu o copagamento dos serviços pelos filiados do FONASA de acordo com a renda e número de dependentes, tornando-o totalmente gratuito a todos os seus filiados, salvo a contribuição compulsória sobre a folha salarial, que continua válida tanto para os filiados ao FONASA, quanto para filiados às ISAPRES (CHILE, 2022).

Não obstante o sistema de saúde chileno se configurar meritocrático, e o brasileiro, universal, os indicadores sociais e de saúde no Chile são superiores aos do Brasil, como pôde ser observado no Quadro 1. Condições multifatoriais podem estar relacionadas aos números apresentados. O Chile apresenta maior IDH; menor desigualdade de renda (Gini); maior tempo médio de escolaridade; menor taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos; e maior expectativa de vida ao nascer.

A FTS por 10 mil habitantes do Chile, por outro lado, é menor que a do Brasil, para os médicos, enfermeiros e dentistas. Em relação ao PIB de cada país o gasto total em saúde no Brasil é superior ao do Chile, mas mesmo o Brasil tendo um sistema de saúde universal, os gastos públicos em saúde são menores que os gastos privados. O Chile, no entanto, com um sistema contributivo e

dual, apresenta, de forma inversa ao Brasil, um gasto público superior ao gasto privado em saúde, em um sistema que tem no FONASA a cobertura de cerca de 83% da população chilena (Quadro 1).

O interessante nesse processo é que nem mesmo a redemocratização chilena nos anos 1990, que fez inclusive nos anos 2000 ascender representantes da ala esquerda ao poder político do país integrando à ideologia política progressista da América Latina, fez romper com a estrutura do sistema de saúde herdada das políticas neoliberais dos anos 1970. O sistema dual, contributivo e essencialmente privado permanece institucionalizado pelo FONASA e pelo ISAPRES. A força institucional da constituição federal chilena manteve o dever do Estado de garantir a saúde somente quando da opção do cidadão ao segmento público. (CHILE, 1985).

Nesse ínterim, importante trazer a observação de Lobato e Giovanela (2014). Muito baseado nos estudos de Epstein-Andersen para a classificação dos sistemas de saúde, as autoras consideram que a participação do Estado na condução das políticas de saúde, ou seu protagonismo, acaba por correlacionar os modelos de organização de seus sistemas de saúde aos modelos de proteção social adotado por aquele Estado. Assim, em um Estado no qual o princípio de justiça social e de cidadania, como trazido na constituição brasileira de 1988, de garantia universal à saúde, o modelo de atenção à saúde estaria representado por um sistema de saúde de extensão nacional, tal como se comporta um modelo de proteção social redistributivo, e que se encontra materializado no SUS. Já nos Estados em que a proteção social é corporativista ou meritocrática, como a proposta chilena, as políticas públicas acabam por ser limitadas, estratificadas e segmentadas, levando à mercantilização do serviço pela força do próprio mercado, que, inclusive, pode ser subsidiado por esse mesmo Estado.

Como já apresentado, Brasil e Chile vivenciaram reformas distintas em seus sistemas de saúde e em tempos também distintos. Na história recente, o sistema de saúde chileno sofreu sua reforma estrutural que o conformou como um sistema dual e optativo de filiação a um segmento público (FONASA) ou a um segmento privado (ISAPRES). Tal conformação se deu como consequência da reforma do Estado a partir dos anos 1970, que fez privatizar os serviços de saúde antes mesmo das experiências de outros países latino-americanos que vieram a implantar suas reformas por interferência das agências internacionais anos mais tarde. No entanto, a redemocratização do país nos anos 1990 e a ascensão da representação ideológica e política progressista e de esquerda nos anos 2000 não fizeram reconfigurar nem mesmo a constituição federal chilena, que manteve o *status quo* do reconhecimento do direito à saúde como preferencial do Estado, o que fez também manter o modelo de saúde dual herdado do período ditatorial, ainda que avanços possam ser observados em suas reformas focais.

O caso brasileiro é também peculiar. Reconhece-se uma reforma estrutural do sistema brasileiro quando da criação do SUS em 1990, que rompeu com o modelo contributivo que vigia havia décadas no país. A redemocratização do país e a força do movimento sanitário pela luta da reforma do sistema de saúde brasileiro fizeram introduzir no texto constitucional o reconhecimento do direito fundamental à saúde e o dever do Estado de provê-lo. Tal escolha da sociedade brasileira desafiou a ordem econômica imposta na América Latina pelas agências internacionais e não seguiu a tendência macroeconômica. Se a construção de um sistema de saúde nacional verdadeiramente único e público não foi de fato conquistado, já que a mesma constituição reconheceu como livre a iniciativa privada à saúde no país, ao menos, impediu, naquele momento, que se tornasse essencialmente privado o sistema de saúde brasileiro, como propunha a reforma neoliberal dos anos 1990.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o exposto e discutido neste trabalho, é possível observar que as reformas dos sistemas de saúde de Brasil e Chile nos períodos analisados não obrigatoriamente responderam às suas reformas de Estado e em seus respectivos momentos. Compreende-se assim que legados históricos podem influenciar o comportamento e conformação dos sistemas de saúde, tanto para que mudanças estruturais ocorram, quanto para que elas sejam impedidas de acontecer.

O estudo partiu da tese de que políticas macroeconômicas exercem influências sobre as políticas públicas de saúde e, por conseguinte, provocam ajustes e reformas na organização dos sistemas de saúde. Tal afirmativa se confirmou nas discussões apresentadas. No entanto, demonstrou que a dinâmica de permissibilidade ou de enfrentamento às propostas de mudança varia de acordo com legados históricos e com o reconhecimento do direito à saúde por diferentes sociedades. O estudo apresenta suas limitações, tanto considerar apenas dois países na perspectiva comparada, ainda que países representativos no estudo dos sistemas de saúde, quanto por explorar apenas dois movimentos políticos e econômicos em seus recortes temporais, ainda que contemporâneos e bem expressivos na região.

Ao final, espera-se que este trabalho tenha contribuído para os estudos no campo do direito sanitário e da Saúde Coletiva, podendo despertar novas pesquisas sobre o tema, seja na ampliação de seu escopo, seja no confronto das ideias.

REFERÊNCIA

AITH, F. M. A. **A Saúde como direito de todos e dever do Estado: o papel dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário na efetivação do direito à saúde no Brasil.** In: AITHI, F. *et al.* (Orgs.). *Direito Sanitário: Saúde e Direito, um diálogo possível.* Belo Horizonte: ESP-MG, 2010. p. 73-105.

AMADEO, J; ANDREAZZA, R.; REIS; A. A. C. **Sistema Nacional de Saúde britânico: trajetória de reformas, 1990-2002.** *Cad. Saúde Pública* 37 (5). 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gqH8SngyqqkRjDCD6r3Dj5p/#>

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dados Gerais. Tabelas de beneficiários de planos de saúde, taxas de crescimento e cobertura.** 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/acao-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>

BANCO MUNDIAL. BM. **PIB (a preços correntes US\$) | Data (bancomundial.org).** 2023. Disponível em: <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.CD>

BASTOS, P. P. Z. **Austeridade para quem? A crise global do capitalismo neoliberal e as alternativas no Brasil.** Texto para Discussão, Campinas, n. 257, p. 1–95, 2015. Disponível em: <http://www.eco.unicamp.br/images/arquivos/artigos/3410/TD257.pdf>>. Acesso em: 12 set.. 2023

BRASIL. Casa Civil. Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004. **Institui o Programa Farmácia Popular do Brasil.** 2004a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5090.htm

BRASIL. Casa Civil. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953. **Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências.** 1953. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/1920.htm

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009. **Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12101.htm

BRASIL. **Constituição (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm Acesso em: 13 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.570, de 29 de julho de 2004. 2004. **Define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e Laboratórios**

Regionais de Próteses Dentárias - LRPD e estabelecer critérios, normas e requisitos para sua habilitação. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1570_29_07_2004.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 267, de 6 de março de 2001. **Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família.** 2001. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1725.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.087, de 1 de setembro de 2011. **Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica.** 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html

BREDOW, S. M. S. et al. **A alta nos preços de commodities nos anos 2000 contribuiu para as exportações brasileiras de manufaturados? Uma avaliação empírica para parceiros selecionados.** In: Encontro Nacional de Economia, 46., 2018, 2018, Rio de Janeiro. Anais [...]. Rio de Janeiro: Anpec, 2018. p. 1–19. Disponível em: <https://www.anpec.org.br/encontro/2018/submissao/files/I/i7-1b24d6d39b8fab1a91d9da070146fec.pdf> Acesso em: 17 set. 2023.

BRENNER, M. H.; MOONEY, A. "Unemployment and health in the context of economic change, Social Science & Medicine, Elsevier, vol. 17(16), p. 1125-1138. 1983. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0277953683900059?via%3Dihub>

CAMPOS, R. S. **O impacto das reformas econômicas neoliberais na América Latina: desemprego e pobreza.** Polis. Revista Latino-americana, Santiago, v. 16, n. 47, p. 329–351, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.cl/pdf/polis/v16n47/0718-6568-polis-16-47-00329.pdf>

CARRILLO ROA, A.; ALFARO CANTÓN, G.; FERREIRA, M. R. J. **Os sistemas de saúde na América do Sul: características e reformas.** In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; CARRILLO ROA, A. (org.). Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. p. 37–74.

CHILE. **Constituição (1980).** Constituição Política da República do Chile, de 24 de outubro de 1980. Disponível em: https://www.camara.cl/camara/doc/leyes_normas/constitucion_politica.pdf Acesso em: 13 out. 2023.

CHILE. **Encuesta Nacional de Salud 2023.** Disponível em: <https://www.ispandresbello.cl/wp-content/uploads/2023/10/encuesta-nacional-de-salud-2023-informe-ejecutivo.pdf> Acesso em 12 out. 2023.

CHILE. Gobierno de Chile **Copago cero.** 2022. Disponível em: <https://www.gob.cl/copagocero/>

CHILE. Gobierno de Chile. **Información general. Acerca del Chile. Nuestro país.** 2023a. Disponível em: <https://www.gob.cl/nuestro-pais/>

CHILE. Gobierno de Chile. **Propuesta de Constitución política de la República de Chile.** 2022. Disponível em: <https://assets.adnradio.cl/2022/07/Texto-Definitivo-CPR-2022-Tapas.pdf>

CHILE. **Lei nº 18.469, de 14 de novembro de 1985.** Regulamenta o exercício do direito constitucional de proteção à saúde e cria um regime de prestadores de saúde. Disponível em: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=29872> Acesso em: 13 out. 2023.

CHILE. **Ley Ricarte Soto: Así funcionará el Sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo.** 2015. Disponível em: <https://www.gob.cl/noticias/ley-ricarte-soto-asi-funcionara-el-sistema-de-proteccion-financiera-para-diagnosticos-y-tratamientos-de-alto-costo/> Acesso em 12 set. 2023.

CHILE. Ministério de Saúde. **Estudios de la OCDE sobre salud pública: chile hacia un futuro más sano evaluación y recomendaciones.** 2019. Disponível em: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Revisi%C3%B3n-OCDE-de-Salud-P%C3%BAblica-Chile-Evaluaci%C3%B3n-y-recomendaciones.pdf> Acesso em: 5 out. 2023.

COLBURN, F. D. **Latin America at the end of politics.** Oxford: Princeton University Press, 2002.

CONILL, E. M. **Sistemas comparados de saúde.** In: CAMPOS, G. V. S. *et al.* (Org.). Tratado de saúde coletiva. 2. ed. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2012. p. 563–614.

CONILL, E. M. Sistemas universais para a América Latina: jovens e antigas inovações nos serviços de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 4, p. 1–13, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/330640875_Sistemas_universais_para_a_America_Latina_jovens_e_antigas_inovacoes_nos_servicos_de_saude . Acesso em 23 set. 2023.

CORTÉS, et at. **Trajetória da privatização do sistema de saúde chileno (1924-2005).** Revista Saúde em Debate. V. 44, n; 125, p. 541-555. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9H5Y7h8YbRyYDbzmzPvwHbD/> Acesso em 12 set. 2023.

DELGADO, I. G. **Possibilidades e limites da análise histórica comparativa.** Juiz de Fora: UFJF, 2017. (Conferência apresentada à comissão examinadora do concurso para professor titular livre do Departamento de História da UFJF).

FACHIN, O. **Fundamentos de metodologia.** 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

FAJURI, A. Z. Sistemas sanitarios y reforma AUGÉ en Chile. *Acta bioeth.* v.13 n.2 Santiago nov. 2007 Disponível em: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2007000200012 Acesso em 12 set. 2023.

GIOVANELLA, L et al. **Sistemas de salud en Suramerica: desafios para la universidad, la integralidade y la equidade.** Instituto Suramericano de Gobierno em Salud. Rio de Janeiro. ISAGS. 2012.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População. 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao.html>. Acesso em: 10 ago. 2023.

LABRA, M. E. **As políticas de saúde no Chile: entre a razão e a força**. In: BUSS, PM., and LABRA, ME., orgs. *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. 265 p. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/zngyg/pdf/buss-9788575414026-04.pdf> Acesso em 12 out. 2023.

LABRA, M. E. **Política e saúde no Chile e no Brasil: contribuições para uma comparação**. Revista Ciência e Saúde Coletiva. V. 6. n.2. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SxK3zxDM7rmGCW5QPRMRvpP/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 12 set. 2023.

LEME, A. A. Neoliberalismo, globalização e reformas do estado: reflexões acerca da temática. Barbaroi, Santa Cruz do Sul, n. 32, p. 114–138, 2010.

LEVCOVITZ, E.; COUTO, M. H. C. **Sistemas de saúde na América Latina no século XXI**. In: SANTANA, J. P. et al. (org.). *Tendências recentes das políticas sociais na América Latina*. Observatório Internacional de capacidades humanas, desenvolvimento e políticas públicas. Brasília: UnB, 2018. p. 99–118.

LEVITSKY, S.; ROBERTS, K. M. **Introduction: Latin America's "Left Turn": A Framework for Analysis**. In: LEVITSKY, S.; ROBERTS, K. M. (org.). *The resurgence of the Latin American Left*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2011. Disponível em: <https://muse.jhu.edu/chapter/37975> . Acesso em: 26 set. 2023.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. **Sistemas de Saúde: origem, componentes e dinâmica**. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 89–120.

MACHADO, C. V. et al. **Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. 1. ed. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2018.

MAHONEY, J.; RUESCHEMEYER, D. (Org.). **Comparative historical analysis in the social sciences**. Cambridge: Cambridge University Press, 2003. (Cambridge Studies in Comparative Politics).

MARTINEZ, D. M.; OLIVEIRA, T. F. de. **Políticas neoliberais na América Latina: uma análise comparativa dos casos no Brasil e Chile**. Revista de Estudos Internacionais, João Pessoa, v. 7, n. 1, p. 70-81–81, 2015.

MENCHISE, R.M.; FERREIRA, D. M.; ÁLVAREZ, A. L. F. **Neoliberalismo, políticas públicas e desigualdade: Uma análise principalmente do Brasil**. Rev. Estud. Conflito Controle Soc. 16 (1). Jan-Apr 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dilemas/a/XzRkRqdpMRpMJWqcQF3d8wK/#>

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias**. 1. ed. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz. 2011.

NETO, R. M. **O neoconservadorismo nos Estados Unidos da América: as ideias de Irving Kristol e a experiência política no governo Ronald Reagan**. Rev. Hist. (São Paulo) (180). 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rh/a/gvqCDJgvVDDPHqqxK8DpvVp/#>

OCDE. ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. **Panorama da saúde da América Latina e Caribe**. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-da-saude-america-latina-e-caribe-2023_047f9a8a-pt Acesso em 21 nov. 2023.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (resolução 217 A III) em 10 de dezembro 1948. 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 12 out. 2023.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. 19 dez. 1966. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pacto-internacional-dos-direitos-econ%C3%B4micos-sociais-e-culturais>. Acesso em: 12 out. 2023.

OPAS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Indicadores básicos 2019: Tendencias de la salud en las América**. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51543/9789275321287_spa.pdf?sequence=7&isAllowed=y . Acesso em 23 set. 2023.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2021/2022**. Disponível em: <https://www.undp.org/pt/angola/publications/relatorio-do-desenvolvimento-humano-2021/2022>

SOARES, L. T. **Política social: los procesos inacabados e interunpidos de avances en América Latina**. In: ZABALA ARGÜELLES, M. C. (org.). Cuba en el contexto de América Latina y el Caribe. San Jose: Flacso, 2017. p. 100–114.

SOUZA, S.C; BUSSINGUER, E. C. A. **Uma análise comparativa entre os sistemas de saúde brasileiro e chileno à luz do princípio bioético da solidariedade**. Revista de Direito Constitucional e Internacional. 2017. Disponível em: https://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/RDConsInter_n.97.10.PDF Acesso em 12 out. 2023.

STOESSEL, S. **Giro a la izquierda en la América Latina del siglo XXI. Revisitando los debates académicos**. Polis. Revista Latinoamericana, Santiago, n. 39, p. 1–23, 2014. Disponível em: <http://journals.openedition.org/polis/10453>

TEIXEIRA, L.A. et al. **História da Saúde no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2018.

VADELL, J. A.; CARVALHO, P. H. N. de. **Neoliberalismo na América do Sul: a reinvenção por meio do estado**. Contexto Internacional, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 75–111, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cint/a/7dxbLxxtGHGK7wQX45TrBkS/#> Acesso em 12 out. 2023.