

Crises e oportunidades: uma análise das reformas nos sistemas de saúde da América Latina (2000-2020)

Gustavo Bonin Gava*

Resumo

Há aproximadamente um século, as nações pertencentes à região da América Latina empreenderam o processo de estabelecimento de suas instituições nacionais de saúde. Ao longo deste extenso período, os paradigmas adotados foram submetidos a uma série de alterações, reformulações e reconstruções fundamentais. A dinâmica interação entre a demanda por serviços de saúde, a disponibilidade de recursos e a determinação política tem sido uma constante em cada fase de desenvolvimento e em cada crise enfrentada pelos sistemas de saúde. O presente trabalho pretende abordar três questões primordiais relativas à experiência histórica mencionada: primeiramente, propõe-se a revisitar e elucidar o conceito de reforma no contexto da saúde pública; em segundo lugar, visa identificar padrões e fases que possam ser considerados comuns no âmbito regional, além de analisar os processos de reforma mais recentes; e, por último, tem o objetivo de realizar uma avaliação crítica do estado atual, reconhecendo a pandemia não apenas como um momento de crise, mas também como uma janela de oportunidade para a implementação de mudanças estruturais.

Palavras-chave: Sistema de saúde, Reforma da saúde, América Latina

Crises and opportunities: an analysis of reforms in health systems in Latin America (2000-2020)

Abstract

Approximately a century ago, nations belonging to the Latin American region undertook the process of establishing their national health institutions. Throughout this extensive period, the adopted paradigms were subjected to a series of fundamental changes, reformulations, and reconstructions. The dynamic interaction between the demand for health services, the availability of resources and political determination has been a constant in each phase of development and in each crisis faced by health systems. The present work aims to address three primary questions relating to the aforementioned historical experience: firstly, it proposes to revisit and elucidate the concept of reform in the context of public health; secondly, it aims to identify patterns and phases that can be considered common at the regional level, in addition to analyzing the most recent reform processes; and, finally, it aims to carry out a critical assessment of the current state, recognizing the pandemic not only as a moment of crisis, but also as a window of opportunity for implementing structural changes.

Keywords: Health system, Health reform, Latin America

Área Temática: Estado, Trabalho e Políticas Públicas

* Docente da Faculdade de Tecnologia de Tatuí, São Paulo. Doutor em Desenvolvimento Econômico pelo Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas. E-mail: gustavo.bgava@gmail.com

INTRODUÇÃO

O arcabouço conceitual que fundamenta o presente estudo está ancorado em uma perspectiva de mudança institucional, em consonância com as contribuições de diversos estudiosos no campo das reformas dos sistemas de saúde latino-americanos (IRIART, MERHY e WAITZKIN, 2000; ALMEIDA, 2002; ALMEIDA, 2012; LUZURIAGA e BAHIA, 2016; MACHADO, 2018; GÖTTEMS e MOLLO, 2020; GÖTTEMS et al., 2021).

Este enfoque reconhece o papel preponderante do contexto político, econômico e social na definição das circunstâncias sob as quais uma reforma é proposta, ajudando a explicar os motivos e o quando de sua ocorrência. Uma reforma não surge de um vácuo, mas é geralmente precipitada por um processo histórico de transformação ou pela insustentabilidade do modelo institucional preexistente, além de ser impulsionada por uma agenda política específica que busca instituir a mudança. Estes elementos – o contexto, o legado histórico-institucional e a agenda política – não são entidades isoladas, mas estão intrinsecamente interligados e influenciam-se mutuamente. Em outras palavras, as condições sociais, políticas e econômicas são moldadas por uma trajetória histórica, enquanto a agenda política é frequentemente formulada em resposta às necessidades impostas por uma conjuntura específica.

No contexto da reforma de sistemas de saúde, distinguem-se pelo menos três atributos fundamentais que permitem diferenciar uma reforma substancial de meros ajustes ou modificações menores (Almeida, 2002; Almeida, 2012). Primeiramente, uma reforma é caracterizada pela presença de um ou mais objetivos explícitos, tais como a redução de desigualdades, a expansão da cobertura de saúde, a instituição de modelos de financiamento alternativos e a otimização da eficiência técnica, entre outros propósitos significativos. Em segundo lugar, ela se manifesta através de um processo de mudanças profundas que impactam mais de uma função essencial do sistema de saúde. Isso significa que a reforma transcende ajustes superficiais, afetando elementos cruciais como o financiamento, a oferta de serviços, a regulação e/ou a governança do sistema. Em terceiro lugar, uma reforma envolve a implementação de mecanismos concretos, que podem incluir a criação ou reestruturação de instituições, o estabelecimento de canais para a participação cívica, a promulgação de legislação e normativas que regem o novo sistema, entre outras iniciativas estratégicas.

A finalidade última de qualquer reforma é atender de maneira mais eficaz às necessidades de saúde da população, sendo que o seu êxito é amplamente dependente da sustentabilidade econômica e social das medidas adotadas. Por esta razão, as avaliações sobre uma mesma reforma podem variar significativamente, refletindo a complexidade e a multifacetada natureza das transformações empreendidas. Apesar da tentativa de delimitar o conceito de reforma, permanecem questões interpretativas sobre o que constitui uma mudança substancial e até que ponto uma reforma pode alterar o *status quo* sem que o sistema perca sua identidade original. Estas avaliações são

frequentemente subjetivas e baseiam-se na análise das modificações implementadas, seja através da introdução de novos marcos legais ou pela alteração de estruturas jurídicas preexistentes.

Este estudo tem como foco três aspectos fundamentais relacionados à experiência histórica em questão: inicialmente, busca revisitar e esclarecer o conceito de reforma dentro do contexto da saúde pública; subsequente a isso, pretende-se identificar tendências e estágios que possam ser reconhecidos de forma generalizada na esfera regional, além de examinar as iniciativas de reforma mais atuais; finalmente, propõe-se a efetuar uma análise crítica do cenário presente, enxergando a pandemia não somente como um período de adversidade, mas igualmente como uma oportunidade para a realização de modificações significativas na estrutura.

ETAPAS HISTÓRICAS DOS SISTEMAS DE SAÚDE LATINO-AMERICANOS

As reformas institucionais e a constituição das instituições em si são influenciadas, em variados graus, pela trajetória histórica e pelo legado institucional das nações, bem como pelas agendas políticas tanto nacionais quanto internacionais, e pelos contextos contemporâneos.

A singularidade de cada país e as particularidades de sua história complicam a tarefa de estabelecer um modelo analítico regional uniforme. Ademais, as diferenças nos contextos de longo prazo, exemplificadas pelas tendências autárquicas que emergiram após a Grande Depressão na década de 1930, ou a onda de globalização que marcou o final do século XX e o início deste século, sublinham a complexidade de aplicar uma análise homogênea a realidades tão distintas.

Como ilustração das diversas trajetórias de reformas de saúde na América Latina, podemos considerar exemplos emblemáticos como o do Sistema Nacional de Saúde (SNS) chileno, estabelecido em 1952, e a reforma implementada durante o regime de Pinochet entre 1979 e 1981. A criação do SNS chileno foi uma resposta à necessidade de reforma da lei de seguros sociais de 1924, marcando um momento significativo na história da saúde pública do país ao buscar a unificação dos serviços de saúde sob uma administração centralizada. Essa reforma visava expandir o acesso à saúde para a população em geral, representando um movimento em direção à universalização dos cuidados de saúde (OLIVEIRA et al., 2020).

Por outro lado, a reforma de Pinochet na década de 1980 foi caracterizada pela introdução de legislação específica que redirecionou o sistema de saúde chileno em direção a uma maior competição e participação do setor privado. Essa reforma introduziu os Institutos de Saúde Previsional (ISAPRE), permitindo a criação de seguradoras privadas de saúde e incentivando uma lógica de mercado dentro do sistema de saúde. Esta mudança marcou uma transição significativa em relação à abordagem anterior, enfatizando a eficiência e a escolha do consumidor (LABRA, 2001; OLIVEIRA et al., 2020).

Em contraste, na Argentina, não se observa um término claro da etapa de seguro saúde baseado nas Obras Sociais, que continuam sendo o pilar central do sistema de saúde. As Obras Sociais, um conjunto de seguros de saúde administrados por sindicatos para seus membros, representam uma característica única do sistema de saúde argentino, demonstrando a complexidade e a diversidade das reformas de saúde na região (BELMARTINO, 2002; MEDICI, 2002; MACHADO, 2018).

No Brasil, a resposta às reformas neoliberais dos anos noventa foi diametralmente oposta à do Chile, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988 e sua implementação subsequente. O SUS foi estabelecido com o objetivo de garantir acesso universal, integral e gratuito à saúde para toda a população, representando um forte compromisso com a universalidade e a equidade em saúde. Esse modelo contrasta fortemente com as abordagens baseadas na competição e no mercado (ALMEIDA, 2012; MACHADO, 2018; PAIM, 2019).

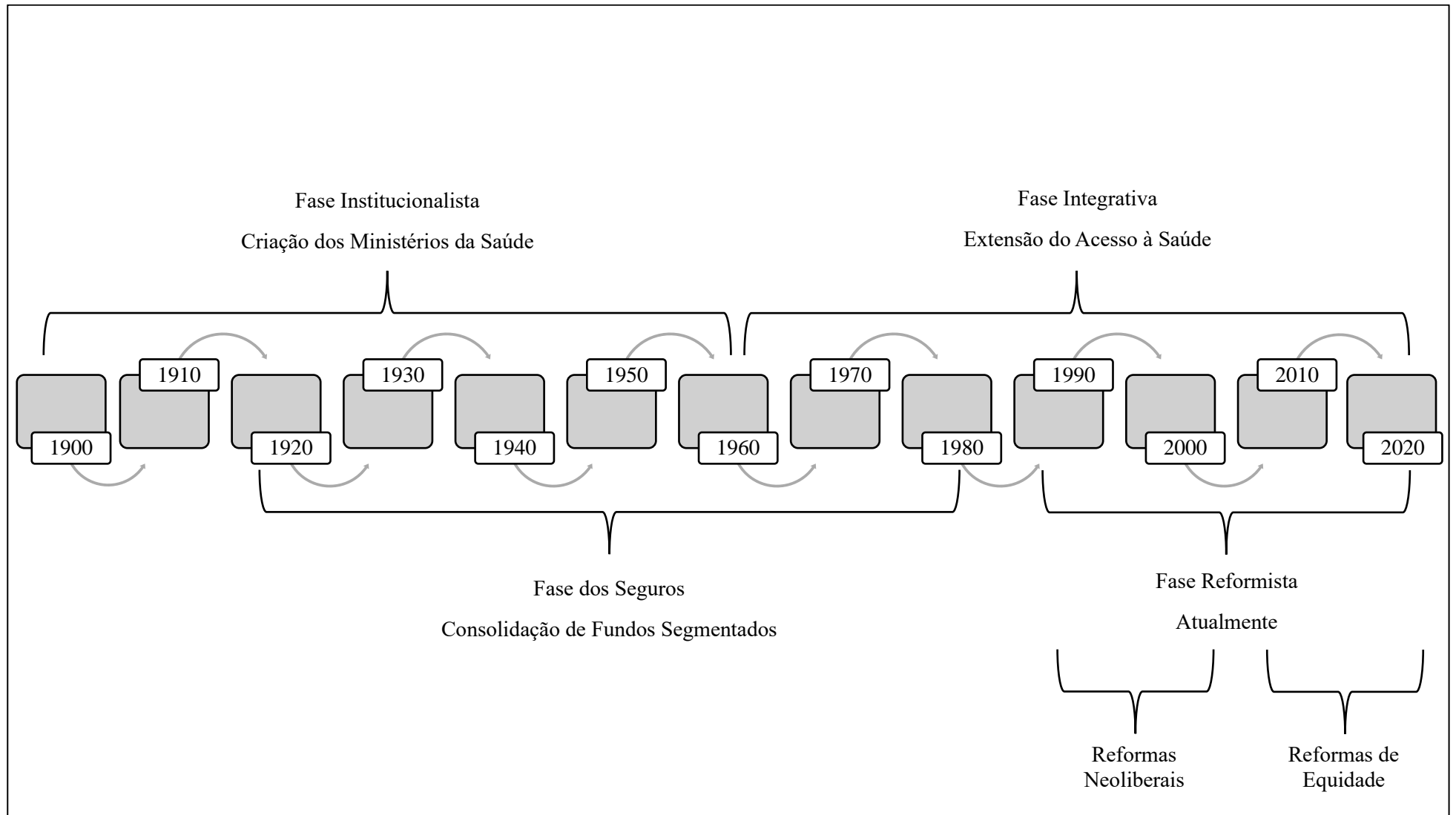
Esses exemplos ilustram a diversidade de abordagens e resultados das reformas de saúde na América Latina, refletindo diferenças nos contextos políticos, econômicos e sociais, bem como nas prioridades de saúde de cada país.

Neste contexto, sugere-se uma taxonomia de fases históricas que, embora não sejam mutuamente exclusivas e frequentemente se interseccionem, não evoluíram de maneira uniforme ou com a mesma intensidade em todos os países. Adicionalmente, é notável que alguns países possam ter omitido certas fases ou experimentando-as em momentos distintos (ALMEIDA, 2012; COTLEAR et al., 2015; GÖTTEMS et al., 2020; MATUZ-LÓPEZ, 2023).

Uma fase inicial, denominada institucionalista, estende-se desde a formação dos Estados nacionais até a estruturação formal das políticas de saúde por parte do governo central, culminando na criação de um Ministério da Saúde. A fase subsequente, referida como a dos seguros, caracteriza-se pela consolidação de fundos segmentados em um sistema de seguridade social comum ou predominante. Uma terceira fase, a integrativa, que em certos casos coexiste parcialmente com a fase anterior, foca em estender a proteção à saúde a indivíduos excluídos da seguridade social contributiva ou do seguro privado. Uma quarta e última fase, a reformista, implica mudanças significativas nos modelos de saúde preexistentes, estabelecendo áreas de convergência para diversas questões de saúde entre os subsistemas públicos (contributivos e não contributivos) e/ou privados (MATUZ-LÓPEZ, 2023).

Esta etapa final pode ser subdividida em dois períodos distintos de reforma: um voltado à competição, com o objetivo de expandir a cobertura e fomentar a participação do setor privado, e outro direcionado à equidade, buscando diminuir a fragmentação do sistema e criar espaços de atuação semelhantes aos serviços nacionais de saúde. A fase neoliberal predominou principalmente na década de 1990, enquanto a fase de equidade ganhou força a partir do ano 2000 (Figura 1).

Figura 1 – Etapas históricas dos sistemas de saúde latino-americanos



Fonte: Adaptado de Matus-López (2023).

O intervalo temporal que se estende de 1990 até o presente representa a fase mais analisada nos sistemas de saúde latino-americanos, marcada por duas ondas de reformas com características distintas e, em muitos aspectos, antagônicas (Almeida, 2012). A análise dessas reformas requer uma avaliação da situação inicial, do conteúdo, das especificidades e dos resultados gerais de cada onda de reforma.

A primeira onda de reformas, predominante na década de 1990, foi impulsionada por preceitos neoliberais, enfatizando a desregulamentação, a privatização e a introdução de mecanismos de mercado dentro do setor de saúde. Esta onda procurou ampliar a cobertura por meio da participação privada e da competição, visando a eficiência e a redução dos gastos públicos com saúde. As reformas desta época concentraram-se na criação de seguros de saúde competitivos, na promoção de modelos de gestão privada dentro do sistema de saúde e na implementação de políticas de copagamento pelos usuários.

Contrastando com a primeira, a segunda onda de reformas, iniciada no início do século XXI, focou na equidade e na universalização do acesso aos serviços de saúde. Influenciada por uma reação às consequências percebidas das políticas neoliberais, esta onda enfatizou a solidariedade, a expansão da cobertura pública e a integração dos sistemas de saúde. As reformas visaram reduzir a segmentação e a fragmentação do sistema, promovendo a criação de sistemas de saúde mais inclusivos e equitativos, com ênfase no fortalecimento do papel do Estado como regulador e provedor de serviços de saúde.

Como mencionado anteriormente, os resultados dessas reformas são complexos e variados, refletindo as especificidades políticas, econômicas e sociais de cada país latino-americano. Enquanto algumas nações lograram avanços significativos na ampliação do acesso e na melhoria da equidade em saúde, outras enfrentaram desafios na implementação das reformas, incluindo resistência política, limitações financeiras e problemas operacionais. Os resultados também evidenciam a dificuldade de equilibrar os objetivos de eficiência, equidade e qualidade no contexto de recursos limitados e demandas crescentes por serviços de saúde.

AS REFORMAS DAS DÉCADAS DE 1990 E 2000

No final da década de 1980, os países latino-americanos enfrentavam uma crise significativa, marcada por um contexto de estagnação econômica, redução dos gastos sociais e públicos em saúde, e elevados níveis de exclusão de grandes segmentos da população da proteção social (Fiori, 2020; Vergnhanini e Biancarelli, 2020; Göttems e Mollo, 2020). Nas palavras de Fiori (2020):

Neste período, predominou a crítica ao intervencionismo estatal e a defesa intransigente das privatizações e da “despolitização dos mercados”. Foi a época da hegemonia neoliberal em quase todo o mundo e da desmontagem das políticas e do Estado desenvolvimentista na América Latina. Mas no início do século XXI, o fracasso das políticas neoliberais, a crise econômica de 2008 e as grandes mudanças

geopolíticas mundiais, que estão em pleno curso, criaram um novo desafio e produziram uma nova inflexão política e ideológica na América Latina, trazendo de volta ao debate político alguns temas da antiga agenda desenvolvimentista (FIORI, 2020, p. 3-4).

Segundo Almeida (2012):

Entretanto, reformar o Estado não é simplesmente uma questão de vontade política para implementar as fórmulas institucionais ‘corretas’. Os esforços para transformar a moldura institucional na qual a política é formulada e implementada são afetados pela história pregressa de cada sociedade, pelas negociações e pelos conflitos entre os grupos de interesse domésticos e internacionais, políticos e burocratas, muitos dos quais têm importante sustentação na manutenção do status quo institucional (ALMEIDA, 2012, p. 796).

A queda dos gastos sociais públicos, com uma diminuição significativa por pessoa nos primeiros anos da década, e, em particular a redução dos gastos públicos com saúde como proporção do PIB nesse intervalo de tempo, são indicativos das adversidades enfrentadas pelos sistemas de saúde da região (Tabela 1). Somente ao virar da década de 1990, notou-se uma recuperação desses investimentos em saúde, que atingiram uma fração ligeiramente superior a 3% do PIB (CEPAL, 2010).

Tabela 1 – Gastos em saúde (em %) de países selecionados, décadas de 1980 e 1990

País	Ano	% do PIB gasto em saúde	% do gasto público	% do gasto privado
Argentina	1985	8,2	65,9	34,1
	1990	10,5	40,2	59,8
Brasil	1982	8	71,5	28,5
	1990	6,6	45,9	54,1
Chile	1980	7,4	60	40
	1990	4,8	45,6	54,4
Colômbia	1980	3,9	50	50
	1990	5,6	21,3	78,7
México	1982	2,9	54,8	45,2
	1990	4,4	40,9	59,1
Peru	1980	5,6	90	10
	1990	8,2	15,6	84,4

Fonte: Adaptado de Göttems et al. (2021).

A história dos sistemas de saúde na América Latina durante o século XX é marcada pela tentativa de organizar os serviços de saúde, especialmente para a população trabalhadora formal e suas famílias, através da expansão da cobertura dos sistemas de seguridade social financiados por contribuições. Contudo, a elevada informalidade laboral na região resultou na exclusão de grandes grupos de trabalhadores informais, rurais ou pobres destes sistemas. Apesar dos esforços para ampliar a infraestrutura de saúde pública, incluindo a expansão da rede hospitalar e o avanço em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), essas iniciativas foram muitas vezes prejudicadas por

subfinanciamento histórico e pela percepção de baixa qualidade por parte da população (FLEURY, 1994; ALMEIDA, 2012; LOBATO e GIOVANELLA, 2012; MARQUES, 2017).

Nas reformas de saúde implementadas, identificam-se três componentes principais: o desafio de ampliar a cobertura, a limitação de recursos econômicos e a influência das instituições internacionais, principalmente o Banco Mundial, nas diretrizes das reformas (Almeida, 2002; Almeida, 2012; Machado, 2018; Gava e Dias, 2020). Em 1990, mais da metade da força de trabalho estava empregada no setor informal, permanecendo à margem dos sistemas de seguridade social, e até meados da década, quase metade da população não tinha acesso a qualquer forma de proteção social de saúde. Os gastos do governo com saúde neste ano eram mínimos em comparação com a parcela significativamente maior desembolsada pelo setor privado, ilustrando a forte dependência de um vasto número de cidadãos nos serviços de saúde privados para atender às suas necessidades (CEPAL, 2010). A intervenção do Banco Mundial, por meio de créditos condicionais, teve um papel significativo na modelagem das políticas de reforma do setor de saúde na região (ALMEIDA, 2002).

A influência do Banco Mundial nas reformas para os sistemas de saúde na América Latina, orientada pelos princípios do Consenso de Washington, manifestou-se através de diretrizes estabelecidas em documentos-chave como no documento institucional “*Financing Health Services in Developing Countries: an agenda for reform*” de 1987 e “*World development report: investing in health*” de 1993 (RIZZOTTO e CAMPOS, 2016; GAVA e DIAS, 2020).

Essas diretrizes visaram a promoção da melhoria dos contextos de saúde por meio do crescimento econômico, proteção dos mais pobres e investimento em educação. Elas também enfatizaram o aumento do investimento governamental em saúde, priorizando serviços essenciais e populações vulneráveis para melhorar a eficiência dos programas públicos. Além disso, propuseram impulsionar o financiamento dos serviços de saúde para quem estava disposto a pagar, aumentando a participação privada nos seguros e estabelecendo copagamentos, encorajando assim a participação do setor privado na garantia e prestação de serviços de saúde, e promovendo a descentralização dos sistemas públicos (RIZZOTTO e CAMPOS, 2016; GAVA e DIAS, 2020).

As reformas inspiradas por estas diretrizes materializaram-se em estratégias que separaram funções essenciais dentro dos sistemas de saúde. A regulação passou a ser principalmente responsabilidade dos Ministérios da Saúde, focando na coordenação descentralizada dos serviços e na promulgação de normas sanitárias. O financiamento foi reestruturado para se basear em contribuições sociais obrigatórias dos trabalhadores formais, com a adição de copagamentos e a alocação de recursos dos orçamentos nacionais para seguros públicos destinados à população sem renda e sem cobertura privada (Gava e Dias, 2020). Na reformulação dos sistemas de saúde latino-americanos, uma das mudanças mais significativas foi a abertura dos seguros de saúde à gestão por entidades financeiras privadas. Isso permitiu que tais instituições assumissem a administração de uma

parcela das contribuições compulsórias destinadas à saúde, um movimento ilustrado por diferentes modelos implementados na região.

Na Colômbia, o modelo de Entidades Promotoras de Saúde (EPS) permitiu que empresas privadas administrassem os recursos destinados ao financiamento dos serviços de saúde. De maneira semelhante, na República Dominicana, as Administradoras de Riscos de Saúde (ARS) desempenham papel análogo, enquanto no Chile, as ISAPRE representaram uma iniciativa pioneira nesse sentido (TOLSA, 2012; GAVA e DIAS, 2020; OLIVEIRA et al., 2020).

Essa estratégia promoveu uma oferta de serviços de saúde caracterizada pela cooperação e competição entre os setores público e privado, estabelecendo um ambiente onde ambos os setores podem interagir de maneira complementar, tal modelo foi cunhado pelo nome de pluralismo estruturado dos autores Londoño e Frank (1997).

De acordo com seus criadores, o conceito emerge como uma tentativa de encontrar um equilíbrio entre os extremos arranjos que prejudicaram significativamente a eficácia dos sistemas de saúde. Londoño e Frenk (1997) argumentam que, por um lado, os problemas surgem tanto do monopólio exercido pelo setor público quanto da fragmentação do setor privado, além dos mecanismos de gestão centralizados e autoritários. Essa condição justifica a escolha do termo "pluralismo" para descrever a primeira dimensão do conceito, indicando uma diversidade de atores e abordagens dentro do sistema de saúde. Por outro lado, a ausência de regras claras e eficazes que previnam ou corrijam falhas de mercado aponta para a necessidade de uma estruturação cuidadosa, daí o uso do termo "estruturado" para compor a segunda dimensão do conceito.

Essa abordagem parte da premissa de que, independentemente de a propriedade dos serviços de saúde ser pública ou privada, modelos antagônicos resultaram em consequências igualmente prejudiciais. O cerne do debate, portanto, não se concentra na questão da propriedade dos serviços, mas sim no dilema entre a supremacia dos prestadores de serviço ou dos consumidores na direção dos sistemas de saúde. O pluralismo estruturado propõe-se, então, a superar essa dicotomia, buscando garantir que nem os prestadores de serviços nem os consumidores dominem unilateralmente, mas que haja um equilíbrio dinâmico que promova a eficiência, a equidade e a qualidade no acesso e na prestação dos serviços de saúde (ALMEIDA, 2002; GAVA e DIAS, 2020).

Para garantir que a operação desse sistema misto ocorresse de forma equitativa e transparente, a responsabilidade pela fiscalização foi atribuída a agências e superintendências específicas. Estas entidades foram dotadas de autoridade regulatória tanto sobre as instituições de saúde privadas quanto sobre o sistema de saúde em sua totalidade, assegurando que os padrões de qualidade e acessibilidade fossem mantidos (ALMEIDA, 2002; MACHADO, 2018; GAVA e DIAS, 2020).

Essas reformas buscaram responder aos desafios de eficiência, cobertura e qualidade dos serviços de saúde na região, representando uma mudança significativa nos sistemas de saúde latino-

americanos e refletindo o amplo alcance das políticas inspiradas pelo Consenso de Washington e pela influência das instituições financeiras multilaterais na formulação de políticas de saúde na América Latina. As principais diretrizes do Banco Mundial estão sintetizadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Diretrizes e descrições do Banco Mundial para os sistemas de saúde latino-americanos

Diretrizes	Descrição
Redução da responsabilidade do Estado	Focar o financiamento em serviços que beneficiem a sociedade em geral, como vacinas e controle de doenças
Imposição de encargos aos usuários	Encargos para usuários de serviços públicos de saúde, especialmente na atenção curativa
Fomento a programas de cobertura de riscos	Incentivo à criação de programas que cubram riscos de saúde
Fortalecimento de serviços não governamentais	Estímulo ao mercado privado e à competição, além do fortalecimento de instituições não governamentais
Descentralização do sistema de saúde	Maior autonomia financeira e administrativa para governos locais
Criação de sistema de pagamento antecipado	Seguro obrigatório de saúde para empregados, visando aumentar a competição e reduzir custos administrativos

Fonte: Elaboração própria a partir de Göttems e Mollo (2020, p. 4).

Investigações recentes demonstram que a implementação das diretrizes delineadas pelo Banco Mundial para as reformas dos sistemas de saúde na América Latina não se caracterizou por uma uniformidade em toda a extensão territorial da região. Ao contrário, observou-se uma adaptação significativa dessas diretrizes aos contextos locais, sob a influência marcante de atores e instituições nacionais. Tal fenômeno de variação na implementação das reformas sublinha uma consonância mais acentuada com as recomendações do Banco Mundial em determinados países, exemplificada pelas reformas executadas na Colômbia entre 1991 e 1993, e na Argentina entre 1993 e 1998, enquanto em outros, como na Bolívia e no Paraguai durante o período de 1996 a 1998, esse alinhamento se apresentou de forma menos evidente. De maneira similar, as reformas iniciadas no Chile entre 1979 e 1981, bem como as subsequentes reformas empreendidas pelo México em 2003, também refletiram essa congruência com as diretrizes propostas pelo Banco Mundial (PEREIRA et al, 2012; GIOVANELLA e ALMEIDA, 2017; MACHADO, 2018; MEDINA-GÓMEZ e LÓPEZ-ARELLANO, 2019; GAVA e DIAS, 2020).

As reformas realizadas pelo Brasil em 1990 e pelo Uruguai em 2007 nos seus sistemas de saúde marcaram um desvio significativo das diretrizes promovidas pelo Banco Mundial, caracterizadas principalmente pelo fomento à competição e à privatização dos serviços de saúde. Em vez disso, ambos os países adotaram estratégias que priorizavam a universalidade do acesso aos cuidados de saúde e a implementação de mecanismos de partilha de riscos, demonstrando uma orientação distinta na política de saúde.

No Brasil, a reforma do sistema de saúde de 1990 é emblemática da implementação SUS, instituído pela Constituição de 1988. Por outro lado, o Uruguai implementou sua reforma de saúde significativa em 2007, com a criação do Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS). Esta reforma

visou aumentar a equidade no acesso aos serviços de saúde, promovendo a universalidade e a solidariedade através da implementação de um Fundo Nacional de Saúde (FONASA). Este fundo é caracterizado por um mecanismo de partilha de riscos, financiado por contribuições dos cidadãos de acordo com sua capacidade econômica e destinado a financiar uma ampla gama de serviços de saúde para toda a população. O SNIS também promoveu a conexão dos serviços de saúde, reduzindo a fragmentação entre os setores público e privado e fortalecendo o papel regulador do Estado no sistema de saúde (GIOVANELLA e ALMEIDA, 2017; ALVES e SANTOS, 2021).

As avaliações sobre o impacto e a eficácia dessas reformas são variadas. Para alguns analistas, a implementação de medidas em países com capacidades regulatórias e de supervisão limitadas resultou em falhas por parte das instituições de supervisão em prevenir práticas de seleção de riscos por parte dos gestores privados de contribuições obrigatórias. Esses gestores tendiam a escolher carteiras de baixo risco e alta renda, levando a um aumento da desigualdade de acesso aos serviços de saúde e a uma maior segmentação entre os ricos e os pobres, bem como entre trabalhadores formais e informais. Tal cenário reflete as preocupações levantadas por estudiosos que argumentam que, apesar das intenções de melhorar a eficiência e a cobertura dos sistemas de saúde, as reformas exacerbaram as disparidades existentes, destacando a complexidade e os desafios associados à reformulação dos sistemas de saúde na América Latina (RIZZOTTO e CAMPOS, 2016; MACHADO, 2018; GAVA e DIAS, 2020).

Este tipo de crítica aponta para os efeitos da promoção de mercados e quase-mercados no sector. A separação de funções teve um impacto evidente nesta matéria, principalmente na gestão financeira de recursos e provisões. Mas isto não é uma descoberta, a intenção de encorajar a participação privada estava nas diretrizes originais das recomendações internacionais dos documentos do Banco Mundial de 1987 e 1993.

Segundo Rizzotto e Campos (2016):

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 e CAMPOS, 2016, p. 274).

Para Sojo (2011), as reformas de saúde realizadas na América Latina, apesar de se concentrarem na ampliação da cobertura e no financiamento dos sistemas de saúde, frequentemente não abordaram de maneira integral as questões relativas às estruturas organizacionais e institucionais. As iniciativas de mudança na gestão dos sistemas de saúde revelaram uma diversidade considerável em termos de solidariedade e universalidade, com resultados variados entre os países.

Por outro lado, é difícil saber se houve um aumento da cobertura e ainda mais se esse aumento se traduziu num maior acesso efetivo aos serviços. Como mencionado anteriormente, os sistemas de saúde pública podem ser definidos como universais, com direitos para todas as pessoas que não têm trabalho ou seguro social privado. No entanto, sem maior financiamento para infraestruturas, pessoal de saúde e disponibilidade em todo o território, esta universalidade permanece nominal. Os estudos que abordam este ponto não chegam a resultados conclusivos (Machado, 2018). No que diz respeito às despesas com a saúde, os números do Banco Mundial (1993) mostram que, no início da década de 1990, a América Latina tinha despesas com a saúde pública de 2,6% do PIB médio e despesas privadas de 1,9% da média. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000), até 2000 ambos haviam aumentado, mas o dobro no caso privado, que atingiu quase o mesmo nível dos gastos públicos: 3,34% e 3,27% do PIB, respectivamente.

As reformas implementadas na década de 1990 representaram um marco fundamental na redefinição do debate sobre a organização dos cuidados de saúde, estabelecendo a responsabilidade estatal na garantia de acesso e proteção aprimorados aos serviços de saúde. Indubitavelmente, estas reformas constituíram uma transformação significativa no setor, catalisando a formação de coalizões tanto de oposição quanto de apoio nas discussões relativas à prestação de serviços de saúde e, de modo mais específico, ao papel e à integração do setor privado nesse contexto. Neste período, a normalização da prestação de serviços privados e dos mecanismos de cooperação entre os setores público e privado ganhou destaque, fomentando o desenvolvimento dos mercados de saúde. Surgiram propostas para a concessão de hospitais ainda em construção, a gestão de serviços auxiliares e, inclusive, a terceirização da gestão clínica.

No entanto, ao alvorecer do novo milênio, o panorama era majoritariamente pessimista. As disparidades entre os países da região mantiveram-se inalteradas; embora modificações no financiamento e na estrutura dos sistemas de saúde tenham sido implementadas, a participação financeira estatal continuou reduzida, com a maior parte dos recursos ainda segregada em compartimentos isolados da seguridade social.

Após a adoção de políticas neoliberais, observou-se uma expansão no arcabouço regulatório dos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, abrangendo alguns aspectos da qualidade dos serviços. No entanto, a competição antecipada entre os prestadores de serviços públicos e privados não se concretizou. No manejo dos recursos, o setor privado predominou na provisão e gestão das contribuições compulsórias das pessoas com rendimentos mais elevados, enquanto o setor público, financiado por contribuições fiscais diretas, atendeu principalmente indivíduos de alto risco ou de baixa renda (Göttems e Mollo, 2020). Este cenário não se restringiu apenas a diferenças de posição social, mas refletiu-se em disparidades de saúde ao longo de todo o espectro social, conforme destacado por Rizzotto e Campos (2016) e Gava e Dias (2020), que demonstra como indivíduos em

posições sociais inferiores possuem expectativa de vida reduzida e maior suscetibilidade a doenças em comparação com aqueles situados nos estratos superiores.

AS REFORMAS DOS ANOS 2000

No início do século XXI, consolidou-se um consenso acerca da necessidade de reformas nos sistemas de saúde, com as propostas convergindo em torno de quatro objetivos primordiais: a integração dos sistemas de saúde, a redução das desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços, o aprimoramento da proteção financeira solidária e a preparação dos sistemas para a transição demográfica (CEPAL, 2010). Embora existissem apelos para a reversão das reformas orientadas pelo mercado, os processos iniciados não visavam explicitamente este fim. A estratégia adotada consistiu no desenvolvimento de programas que seguiam a lógica dos serviços públicos de saúde, promovendo igualdade de condições e proteção aos membros tanto do setor público quanto do privado, dentro de um contexto de competição e participação privada (Göttems e Mollo, 2020). Esse enfoque buscou criar ambientes operacionais semelhantes aos de um serviço nacional de saúde ou de um seguro dentro do próprio sistema fragmentado.

Um exemplo notório dessa abordagem de reforma é observado no Chile com a introdução do Plano AUGE, renomeado depois para o Regime de Garantias em Saúde (GES). Essa reforma estabeleceu direitos, proteção iguais para os membros do ISAPRE e FONASA, limitados a um pacote específico de cuidados para determinados problemas de saúde. Adicionalmente, propôs-se a criação de um fundo de compensação que reuniria recursos e os distribuiria conforme o risco das carteiras de seguro (embora não tenha sido posteriormente aprovado), além de estabelecer normas e regulamentos comuns para ambos os subsistemas (OLIVEIRA et al., 2020).

A abordagem chilena encontrou paralelos entre seus pares latino-americanos. O caso mexicano, particularmente entre 2003-2004, tornou-se um dos mais estudados, ao introduzir o Seguro Popular de Saúde que na síntese de Krasniak et al. (2019):

Com efeito, o Seguro Popular reduz os gastos em saúde da população filiada quando comparado à população sem cobertura, porém com maiores gastos do que os usuários da seguridade social. O Seguro Popular oferece menor variedade de diagnósticos e tratamentos médicos do que os prestados pela seguridade social, além de contar com menor número de consultas e atendimentos de urgência. Em relação aos medicamentos, tanto a quantidade quanto a variedade disponível são menores (KRASNIAK et al., 2019, p. 282).

Esta reforma, enquadrada no conceito de pluralismo estruturado e, diferentemente da chilena, manteve mais vínculos com o modelo competitivo anterior, visando promover maior equidade de direitos entre os afiliados a cada subsistema, representando um desafio em termos de implementação e definição como extensão da seguridade social pública ou como um novo modelo.

Muitos países alcançaram, ao menos nominalmente, a cobertura universal de saúde¹. Modelos de seguro público, como o Seguro Popular de Saúde no México, o Sistema Nacional de Saúde na Bolívia, o Regime Subsidiado na Colômbia, na República Dominicana, foi integrado a sistemas consolidados como o SUS no Brasil e a Casa Costarricense de Seguro Social (CCSS) na Costa Rica, assegurando, pelo menos de forma quantitativa, a cobertura da totalidade ou da maioria da população (MACHADO, 2018; GAVA e DIAS, 2020; FUENTES, 2018).

Em segundo lugar, destaca-se a proeminência das estratégias de APS. Programas como a Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil, os Centros de Saúde Familiar (CESFAM) no Chile, e as Equipes Básicas de Atenção Integral à Saúde (EBAIS) na Costa Rica receberam avaliações positivas. Apesar de reconhecidas deficiências e a recomendação para seu fortalecimento, essas iniciativas contribuíram para a ampliação do acesso efetivo à saúde.

Em terceiro lugar, registram-se avanços na cobertura de medicamentos, com programas específicos em países como a Argentina e no Brasil, sendo também uma meta ministério da Saúde no México. No entanto, a proteção financeira para aquisição de medicamentos permanece insuficiente na região.

Apesar desses progressos, as reformas não lograram reduzir significativamente a estratificação entre os subsistemas de saúde público e privado. Embora as avaliações de tais iniciativas sejam majoritariamente positivas, não atingiram plenamente os resultados esperados em termos de equidade. A unificação dos serviços prestados pelos Ministérios da Saúde e pelos sistemas de Seguridade Social Pública não foi realizada na maioria dos países. A liberdade de escolha de prestadores de serviços e gestores das contribuições obrigatórias tem sido limitada às camadas de renda mais altas. Similarmente, a expansão dos serviços de saúde para os estratos mais pobres da população ainda não alcançou padrões satisfatórios de qualidade e cobertura comparáveis aos dos seguros contributivos (MACHADO, 2018; KRASNIAK et al., 2019; GAVA e DIAS, 2020).

Na análise conduzida por Machado (2018) sobre Argentina, Brasil e México, a autora expõe que:

Nos três países, obstáculos ao sistema público de saúde transcendem limites setoriais, se relacionando à sua identificação como mercados atraentes para empresas de saúde internacionais e nacionais. A disputa de grupos privados por recursos constrange os serviços públicos. Porém, sistemas de saúde com forte componente privado são fragmentados, caros, vulneráveis a ciclos econômicos e excludentes, especialmente em sociedades desiguais (MACHADO, 2018, p. 2210).

Um desafio central reside nas inércias históricas dos sistemas de saúde, que têm se baseado predominantemente em modelos de seguridade social financiados por contribuições sobre os salários.

¹ Enquanto sistemas universais de saúde é baseado no princípio da saúde como um direito de cidadania, com acesso universal e equitativo garantido pelo Estado, a cobertura universal de saúde opera sob uma lógica econômica que mistura financiamento público e privado, fazendo com que o acesso aos serviços de saúde dependa da capacidade financeira do indivíduo ou da família.

Tal estrutura, apesar de ter garantido recursos para a saúde e protegido o financiamento de ser desviado para outros setores, como educação, obras públicas ou defesa, não tem facilitado a superação da segmentação do sistema. Este modelo é intrinsecamente desigual, a menos que as contribuições se destinem a um fundo único abrangente para toda a população, independentemente de estar empregada, ou que o Estado aporte recursos em igual medida aos contribuintes sociais.

Ademais, a disparidade na qualidade dos cuidados entre os subsistemas público e privado, abrangendo desde a infraestrutura até a disponibilidade de recursos humanos, gera resistência por parte da população assalariada contra a implementação de fundos comuns. Essa questão não é recente. Antes dos anos 1990, já se reconhecia o valor desses sistemas na promoção da proteção à saúde, ao mesmo tempo em que se debatia a possibilidade de os países latino-americanos migrarem dos modelos de seguridade social para serviços nacionais de saúde, à semelhança do ocorrido em países europeus no século XX (MARQUES, 2017).

Para Machado (2018):

O desafio para as nações latino-americanas é construir um pacto em torno de um projeto de desenvolvimento soberano, democrático e orientado para garantir direitos sociais. Nessa perspectiva, o papel do Estado, em diálogo com diferentes grupos da sociedade, seria conter as forças de mercado, promover a redistribuição social, reduzir as desigualdades e expandir a cidadania universal (MACHADO, 2018, p. 2210).

O desafio de construir um pacto em torno desses princípios é formidável, dadas as profundas divisões sociais e políticas em muitos países latino-americanos. Além disso, o ambiente econômico global pode limitar o espaço de política para estratégias de desenvolvimento alternativas. No entanto, experiências passadas e recentes em alguns países da região mostram que, com vontade política e mobilização social, é possível avançar nessa direção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise histórica e a economia política são fundamentais para a compreensão da conjuntura atual, visto que esta emerge como um produto das interações dinâmicas, das relações de poder, e dos conflitos entre variados grupos de interesse políticos e sociais, tanto em âmbitos nacionais quanto internacionais. Assim, o advento de mudanças e reformas transcende frequentemente o âmbito estritamente sanitário, encontrando suas raízes nas complexas tramas das relações sociais e políticas.

Em cada estágio do desenvolvimento histórico, determinados atores adquirem preponderância ou exercem influência significativa sobre as decisões políticas e legislativas. Estes momentos são simultaneamente causa e consequência de um reexame da estrutura social vigente. A emergência, a partir da segunda metade do século XIX, de instituições como os primeiros fundos de saúde, sociedades de mutualidade, obras sociais e caixas econômicas, não pode ser adequadamente

compreendida sem levar em conta a organização dos trabalhadores, os movimentos sindicais, e os fluxos migratórios europeus que afetaram certos países da região.

Igualmente, os avanços na estruturação decisória no campo da saúde, incluindo o estabelecimento de proto-medicamentos, conselhos de saúde, e organismos reguladores, devem ser analisados à luz das epidemias que assolaram a região entre o final do século XIX e início do século XX. Contudo, as crises econômicas e políticas, que frequentemente ocorrem de forma concomitante, também desempenham um papel crucial nesse contexto.

Portanto, a relevância de investigar o estado anterior da questão social em momentos críticos, como a Grande Depressão dos anos 1930 e a subsequente instabilidade política, torna-se evidente. No contexto latino-americano, é imperativo considerar as políticas econômicas impostas pelas ditaduras, que condicionaram o desenvolvimento de diversos países no continente. Da mesma forma, a análise do impacto da grave crise da dívida que afetou a região na década de 1980, e os processos de reforma empreendidos em sua esteira, são indispensáveis para uma compreensão holística das dinâmicas sociais e políticas que moldaram a realidade contemporânea.

A intrincada complexidade inerente à análise longitudinal das instituições constitui um desafio substancial para os estudiosos, dado que uma compreensão plena dos processos institucionais requer a expansão do escopo analítico para abranger um espectro temporal mais alargado. Essa ampliação é crucial para reconhecer que o presente, em certa medida, manifesta resistência às transformações impulsionadas por seu próprio legado histórico-institucional. Tal perspectiva sublinha a importância de analisar a continuidade e a mudança no âmbito institucional, onde reformas são entendidas como tentativas de alterar o curso previamente estabelecido.

Neste contexto, cada mudança significativa é precedida por eventos que, ao menos parcialmente, elucidam as razões subjacentes às transformações ocorridas. Por exemplo, o término da ditadura no Brasil possibilitou a promulgação da Constituição de 1988, marcando um esforço deliberado de romper com o modelo de saúde preexistente. Similarmente, no Chile, a repressão durante a ditadura e a constituição de 1980 catalisaram a implementação de uma reforma na proteção social do país.

Sob essa ótica, torna-se evidente o porquê de uma pandemia ser percebida como uma janela de oportunidade para mudança. O impacto econômico, sanitário e social provocado por tal crise revela as deficiências previamente conhecidas dos sistemas mais vulneráveis, ressaltando a necessidade de políticas coordenadas, abrangentes e universais, como a vacinação. Essa situação também destaca o crônico subfinanciamento dos sistemas públicos de saúde e reitera a insuficiência de uma abordagem centrada exclusivamente no indivíduo para assegurar a proteção da saúde coletiva. A proteção individual, mesmo que apoiada pelos melhores serviços e profissionais, revela-se inócua se não for acompanhada por medidas que garantam a segurança sanitária da sociedade em sua totalidade, uma

vez que a saúde pública é um pilar fundamental para o desenvolvimento social inclusivo e sustentável. Assim, a saúde deve ser vista como uma responsabilidade coletiva, demandando solidariedade tanto em seu financiamento quanto em sua organização.

O desafio preeminente que se impõe aos países é a transição da focalização em políticas específicas para a adoção de políticas nacionais que levem em consideração as peculiaridades e modelos de desenvolvimento de cada sistema de saúde. Esse paradigma reflete a necessidade de uma abordagem holística e inclusiva que reconheça a saúde como um direito universal, exigindo um compromisso coletivo para a sua promoção e proteção.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. suppl., p. S23-S36, 2002.

ALMEIDA, C. Reformas de sistemas de saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.) *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

ALVES, A. L.; SANTOS, R. Proteção social: trilhando considerações sobre o sistema do vizinho Uruguai. *Serviço Social & Sociedade*, n. 141, p. 244–263, 2021.

BELMARTINO, S. Los valores vinculados a equidad en la reforma de la atención médica en Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 4, p. 1067-1076, 2002.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA AMÉRICA LATINA E O CARIBE (CEPAL). *A hora da igualdade: brechas por selar, caminhos por abrir*. Chile: Santiago, Publicações das Nações Unidas, 2010.

COTLEAR, D. et al. Overcoming social segregation in health care in Latin America. *The Lancet*, v. 385, n. 9974, p. 1248-1259, 2015.

FIORI, J. L. Estado e desenvolvimento na América Latina. *Revista de Economia Contemporânea*, v. 24, n. 1, p. 1-23, 2020.

FLEURY, S. *Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

FUENTES, M. V. O futuro dos sistemas universais de saúde: a experiência da Costa Rica. In: CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Conass Debate: o futuro dos sistemas universais de saúde*. Brasília: Conass, 2018.

GAVA, G. B.; DIAS, H. M. O. R. *A agenda de reformas para os sistemas de saúde: uma análise das propostas das agências internacionais*. Observatorio de la Economía Latinoamericana, 2020.

GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, p. 1-21, 2017.

- GÖTTEMS, L. B. D. et al. As reformas dos sistemas de saúde da América Latina: influências neoliberais e desafios aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 10, p. 4383-4396, 2021.
- GÖTTEMS, L. B. D.; MOLLO, M. L. R. Neoliberalismo na América Latina: efeitos nas reformas dos sistemas de saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, n. 74, p. 1-11, 2020.
- IRIART, C.; MERHY, E. E.; WAITZKIN, H. La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16., n. 1, p. 95-105, 2000.
- 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, 2019.
- LABRA, M. E. Política e saúde no Chile e no Brasil: contribuições para uma comparação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 361-376, 2002.
- LOBATTO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.) Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.
- LONDOÑO, J. L.; FRENK, J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, v. 41, n. 1, p. 1-36, 1997.
- LUZURIAGA, M. J.; BAHIA, L. Aportes de los estudios comparativos para la comprensión de las políticas y sistemas de salud en países de América Latina. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 24, n. 1, p. 55-62, 2016.
- MACHADO, C. V. Políticas de saúde na Argentina, Brasil e México: diferentes caminhos, muitos desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 7, p. 2197-2212, 2018.
- MARQUES, R. M. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 49, p. 35-53, 2017.
- MATUS-LÓPEZ, M. La pandemia de COVID-19 como oportunidad de cambio: avanzar hacia la salud universal en América Latina. Documentos de Proyectos (LC/TS 2023/22). Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2023.
- MEDICI, A. C. A desregulação das obras sociais mais um episódio da reforma da saúde na Argentina: O que virá depois?. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 48, n. 3, p. 268–274, 2002.
- MEDINA-GÓMEZ, O.; LÓPEZ-ARELLANO, O. Informalidad laboral y derecho a la salud en México, un análisis crítico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 7, p. 2583-2592, 2019.
- OLIVEIRA, S. C. et al. Políticas de saúde no Chile (2000-2018): trajetória e condicionantes. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 11, p. 1-18, 2020.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). The World health report 2000: health systems: improving performance. Genebra: Suíça, 2000.
- PAIM, J. S. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde em Debate*, v. 43, n. spec5, p. 15-28, 2019.

PEREIRA, A. M. M. et al. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. *Saúde em Debate*, v. 36, n. 94, p. 482–499, 2012.

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 e Sociedade*, v. 25, n. 2, p. 263–276, 2016.

SOJO, A. Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 6, p. 2673–2685, 2011.

TOLSA, J. L. S. Modelo de atención en salud en el sistema nacional de salud de la República Dominicana. Ministerio de Salud Pública, 2012.

VERGNHANINIA, R.; BIANCARELLI, A. M. Distribuição de renda, crescimento econômico e mudança estrutural na tradição do estruturalismo latino-americano: uma sistematização em quatro momentos. *Revista de Economia Contemporânea*, v. 24, n. 1, p. 1-25, 2020.

WORLD BANK. *Financing Health Services in Developing Countries: an agenda for reform*. Washington: World Bank, 1987.

WORLD BANK. *World development report: investing in health*. Oxford: Oxford University Press, 1993.