



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES

Análise comparativa das características dos sistemas de saúde nas Américas

Cinthia Granja Silva

Orientadora: Profa.Dra.Flávia Mori Sarti

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao bacharelado em Gestão de Políticas
Públicas da Escola de Artes, Ciências e
Humanidades da Universidade de São Paulo.

São Paulo
2012

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES

Análise comparativa das características dos sistemas de saúde nas Américas

Cinthia Granja Silva

Orientadora: Profa.Dra.Flávia Mori Sarti

São Paulo

2012

Avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso

Título: Análise comparativa das características dos sistemas de saúde nas Américas

Autor: Cinthia Granja Silva

Ano: 2012

Profa.Dra.Flávia Mori Sarti

Orientadora

Nota:

Marislei Nishijima

Participante da Banca de Avaliação

Nota:

Agradecimentos

Agradeço aos meus pais por terem me dado suporte emocional e financeiro ao longo dos quatro anos e meio de graduação, aos amigos que fiz cursando Gestão de Políticas Públicas e que espero ter ao meu lado ainda por muitos anos, aos professores que tanto me ajudaram, não apenas durante as aulas, mas nos corredores, tirando dúvidas sobre a carreira de um gestor de políticas públicas que ainda é tão incerta e a minha orientadora Flávia Mori pela dedicação e paciência com as minhas incertezas ao longo de um ano e meio.

Sumário

Introdução.....	7
Sistemas de saúde nas Américas	9
Brasil: Sistema Único de Saúde.....	9
Argentina: Sistema de saúde descentralizado.....	11
Canadá: <i>Canada Health Act</i>	12
Chile: Privatização e regulação em saúde.....	13
Colômbia: Sistema de saúde misto	14
Equador: Reforma da saúde em pauta	15
Estados Unidos: Reforma na política de saúde.....	16
México: Busca pela universalização do sistema de saúde público.....	17
Peru: Nova lei de universalização da saúde.....	18
Venezuela: Discussão de novo sistema de saúde universal e gratuito.....	19
Cobertura universal em saúde pública.....	20
Metodologia.....	24
Resultados.....	25
Discussão	32
Conclusão	34
Referências	36

Lista de Tabelas e Figuras

Tabela 1. População total, segundo país. 2010.....	25
Tabela 2. Produto Interno Bruto, segundo país (US\$ bilhões). 2006-2010.	26
Tabela 3. PIB <i>per capita</i> em dólares, segundo país (US\$). 2006-2010.	26
Tabela 4. Crescimento do PIB, segundo país (%). 2006-2010.....	27
Tabela 5. Gasto total com saúde, segundo país (% do PIB). 2006-2009.	28
Tabela 6. Gasto <i>per capita</i> em saúde, segundo país (US\$). 2006-2009.....	28
Tabela 7. Gasto público em saúde, segundo país (% do gasto total em saúde). 2006-2009. ...	29
Tabela 8. Gasto privado em saúde, segundo país (% do gasto total em saúde). 2006-2009. ...	30
Tabela 9. Expectativa de vida ao nascer, segundo país (anos). 2006-2009.....	30
Tabela 10. Taxa de mortalidade infantil, segundo país (por 1.000 habitantes). 2006-2009.....	31

Resumo

Cinthia Granja Silva. **Análise comparativa das características dos sistemas de saúde nas Américas**. São Paulo; 2012.

O presente trabalho visa analisar comparativamente as principais características dos sistemas de saúde dos dez maiores países das Américas, de forma a buscar elementos específicos à gestão das políticas públicas no setor da saúde. Os sistemas de saúde selecionados para análise foram referentes aos países de maior Produto Interno Bruto no continente americano. A partir de dados obtidos em bases de informação com acesso público sobre tais sistemas de saúde e revisão de literatura acadêmica em caracterização de sistemas de saúde internacionais, efetuou-se uma síntese dos principais elementos comuns e diferenças entre sistemas de saúde dos seguintes países: Brasil, Argentina, Canadá, Chile, Colômbia, Equador, Estados Unidos, México, Peru e Venezuela. Durante a análise destacou-se, especialmente, aspectos de relativos à universalização do atendimento em saúde e à categorização dos gastos em saúde dos países, de forma a analisar a participação do setor público em saúde nos países do continente.

Palavras-chave: sistemas de saúde, saúde pública, políticas públicas de saúde, gestão de políticas públicas, atenção básica.

Introdução

Sistema de saúde é o conjunto de ações e programas implementado, tanto pela administração pública quanto pela iniciativa privada; cujo financiamento pode ser público, privado ou misto, de acordo com a estrutura planejada (MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2000).

Os objetivos dos sistemas de saúde, em geral, baseiam-se em quatro grandes pilares: promoção à saúde, prevenção de doenças, assistência em saúde e recuperação da saúde. O primeiro pilar é o mais abrangente, por envolver políticas de informação à população e questões genéricas de saneamento básico. O segundo item (prevenção) diz respeito à aplicação de ações prévias da estrutura de saúde junto ao cidadão para impedir a instalação de problemas de saúde evitáveis pela atuação do Estado ou eventual responsável pelo serviço. No que tange à assistência, entende-se como prestação imediata e emergencial de atendimento em saúde ao cidadão no momento de necessidade. Por fim, o aspecto de recuperação da saúde envolve o acompanhamento do indivíduo conclusão do atendimento e o resultado alcançado seja o mais eficiente possível (BRASIL; 2000).

As preocupações gerais de saúde em um país são usualmente relevantes, no entanto, há possibilidade de agravamento do quadro de doenças e necessidade de atuação do sistema de saúde em função de questões relativas à transição demográfica (envelhecimento da população), que possivelmente conduzam a uma transição epidemiológica (elevação da prevalência de doenças crônicas e redução da ocorrência de doenças infecciosas) (BRASIL; 2000).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, os dez melhores sistemas de saúde do mundo são: França, Itália, São Marino, Andorra, Malta, Singapura, Espanha, Omã, Áustria, Japão. Verifica-se que, entre os sistemas de saúde considerados mais apropriados, não há sequer um país do continente americano. Assim, justifica-se a busca por evidências para compreensão dos motivos da falta de destaque dos sistemas de saúde americanos em termos de qualidade da saúde oferecida aos seus cidadãos (WORLD HEALTH ORGANIZATION; 2010; WORLD BANK; 2012).

O presente trabalho visa analisar comparativamente os sistemas de saúde dos dez países mais populosos das Américas, a partir de suas principais características qualitativas (descrição da operacionalização do sistema de saúde) e quantitativas (taxa de mortalidade, expectativa de vida, entre outros indicadores de saúde relevantes), de forma a prover evidências quanto à diretriz das políticas públicas de saúde no interior de tais sistemas de saúde.

A hipótese elaborada no presente trabalho é que países do continente americano apresentam recursos financeiros suficientes para investir em políticas públicas de saúde, tanto quanto países desenvolvidos de outros continentes, no entanto, o relativo atraso no desenvolvimento de tais sistemas de saúde influenciou o grau de implementação do setor de saúde pública, entre outros serviços básicos.

Sistemas de saúde nas Américas

Brasil: Sistema Único de Saúde

Na fase da colonização do país, não havia amparo à saúde da população. Os primeiros colégios que lecionavam medicina foram instituídos somente a partir da chegada da família real ao Brasil. Não havia acesso à população quanto a informações de saúde e os governos que se alternavam pouco esforço faziam para mudar esse panorama. A falta de estrutura ficou evidente durante a Revolta da Vacina, em 1904, momento no qual a população revoltou-se contra a obrigatoriedade da vacinação contra varíola (ESCOREL; TEIXEIRA; 2008).

Durante a era Vargas, disseminou-se a proposta de instituição da previdência social e dos direitos trabalhistas, assim, houve contribuição à criação e aperfeiçoamento de hospitais e escolas de medicina. A partir de então, algumas iniciativas de expansão da infraestrutura do sistema de saúde foram implementadas pelo setor público brasileiro. A partir da crise do Estado intervencionista no Brasil, buscou-se reposicionar o sistema de saúde nacional, a partir de ideais de democracia, justiça social e cultura de bem estar social, iniciando-se o debate sobre a possibilidade de um sistema de saúde universal e gratuito ao final da década de 1970 (ESCOREL; TEIXEIRA; 2008).

Outro fato marcante na história do sistema de saúde brasileiro ocorreu em 1986, a partir da convocação da VIII Conferência Nacional da Saúde pelo Ministério da Saúde, cujo destaque foi o tema “direito à saúde”, assunto bastante complexo e marcado por divergências. Na conferência, foi sugerida a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o modelo inserido na Constituição Federal em 1988 e posto em prática anos mais tarde, em agosto de 1992, logo após a IX Conferência Nacional da Saúde (FALEIROS et al; 2006).

A delonga se deve a questões políticas, que foram resolvidas previamente a IX Conferência com leis aprovadas anteriormente que viabilizaram a implementação do SUS, que foi posto em prática apenas com a Constituição Federal, em 1988 (FALEIROS et al; 2006).

A CF/88 trás em seu Título VIII, Capítulo II e Seção II – Da Saúde, que abrangem os artigos 196 até o 200. O artigo mais utilizado e comentado é o primeiro desta seção:

“Art 196. A saúde é um 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 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL; 1988).

O artigo 199 da CF/88 da Seção Da Saúde esclarece que “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, o que explica o aparecimento dos planos e seguros de saúde privados no Brasil a partir de 1988, eles começam tímidos na década de 90 e atualmente já conquistaram cerca de 30% (34 bilhões de pessoas) dos cidadãos brasileiros devido principalmente ao insulamento atual do SUS, há ainda grande disparidade no gasto, que no setor público é de cerca de 25 bilhões de reais e no setor privado é de mais de 34 bilhões de reais (KILSZTAJN et al; 2001).

O Brasil obteve um sistema de saúde universal, ou seja, que visa atender com equidade a todos os cidadãos, mas como já discutido no artigo 196 da CF/88, a saúde de boa qualidade deve ser implementada através de Políticas Públicas bem fundamentadas e pensadas para o modelo da cultura brasileira e por Gestores Competentes que apliquem da maneira mais acertada estes recursos (FALEIROS et al; 2006).

A partir de então o Sistema Único de Saúde começou a ser estruturado e, com a alta demanda e a pouca organização, o sistema ficou insulado e os planos de saúde começam a surgir discretamente (KILSZTAJN et al; 2001).

O grande problema atual enfrentado pelo SUS é que com os preços proibitivos cobrados por planos privados de saúde aos possíveis usuários ou clientes que ganham salários baixos ou estão desempregados a única saída é recorrer ao Sistema Único de Saúde, que acaba ficando sobrecarregado, sem contar com o encarecimento da assistência médica, devido às novas tecnologias que são freqüentemente lançadas ao mercado e aos novos métodos, remédios e tratamentos, fato que demanda maior tempo de espera para chegar ao SUS do que aos planos e aos hospitais privados (KILSZTAJN et al; 2001).

Para sugerir medidas possíveis a serem tomadas pela iniciativa pública e privada do Brasil pretendo então analisar os sistemas de saúde dos países com os dez maiores Produtos Internos Brutos (PIB) *per capita* das Américas.

Argentina: Sistema de saúde descentralizado

Em 1993, o Banco Mundial recomendou que os governos dessem ênfase à privatização e à descentralização administrativa em suas estruturas de saúde para que houvesse uma melhora nos sistemas, ou seja, o Estado deveria prover apenas os serviços mais básicos de saúde, privatizando o resto. Ocorre que a maior parte dos países latino-americanos sofreu as conseqüências da não adesão a essa política econômica, já que não estavam preparados para este momento, e pouco ou nada implementaram do que foi proposto pelo Banco.

A Argentina ilustra bem essa situação, pois a partir de então teve seu sistema de saúde deteriorado, até dezembro de 2001, quando o país entrou em crise profunda. Somente em meados de 2005, com o então presidente Nestor Kirchner (2003-2007), houve uma recuperação do país e, conseqüentemente, de seu sistema de saúde (BIASOTO et al; 2006).

O país priorizou a educação e a saúde para investimentos altos e bem estruturados. O gasto público com a saúde, por exemplo, aumentou de 4,5% para 9,5% de 2006 para 2009, de acordo com dados encontrados no portal da Organização Mundial de Saúde (OMS). Apesar do aumento da destinação de recursos à área, o gasto público com saúde ainda está aquém do recomendado pela OMS (o gasto é de cerca de 2% e o recomendado é de pelo menos 5%) (BIASOTO et al; 2006).

O desafio a ser superado atualmente é a descentralização exacerbada que ocorreu, já que em cada comuna (equivalente a estado brasileiro) e na capital existe um ministério de saúde autônomo que decide onde e como será gasto o dinheiro, dificultando acordos nacionais e internacionais. Outro agravante é que os preços dos planos de saúde privados têm aumentado ao longo dos anos, se tornando abusivos e o serviço de saúde público ainda não se equipara aos padrões estabelecidos pela OMS (BIASOTO et al; 2006).

Portanto, o sistema de saúde na Argentina é bastante diferenciado entre as comunas, já que cada uma pode decidir quase que livremente sobre sua política de saúde e seus gastos. Existe ainda a questão do investimento federal, que é bastante polarizado, oferecendo muitos recursos para poucas comunas, sobrando poucos recursos às demais, e a predominância do sistema de saúde privado sobre o público além de haver muito a ser feito no que tange à melhora em seus indicadores de saúde.

Canadá: *Canada Health Act*

O primeiro sistema de saúde em uma província canadense se deu em 1946, a partir de então outras também o fizeram e em 61 todas as dez províncias já possuíam sistemas de saúde. Em 1966, o *Medical Care Act* foi instituído, permitindo que cada província mantivesse seu próprio plano de saúde e que tomasse as principais decisões a respeito e viabilizando o pagamento de seus gastos pela esfera Federal. Já em 1984 o Canadá criou uma legislação federal bastante específica, denominada *Canada Health Act* (CHA), que prevê que todos os cidadãos tenham acesso a serviços de saúde gratuitamente, os gastos são cobertos pelo fundo público, mas os serviços são prestados por empresas privadas (CANADA HEALTH ACT; 1985).

Com mais de 35 milhões de habitantes e o segundo maior território do mundo, o Canadá se destaca nos indicadores sociais, mantendo os índices de analfabetismo, de mortalidade infantil e de natalidade baixos (MOURA; 2006).

O sistema de saúde se caracteriza por ser universal e público, ou seja, não há a possibilidade de aderir a um plano de saúde, existe apenas a extensão da cobertura normal, que lhe dá acesso a alguns pequenos benefícios, como ambulância e quarto privativo em um hospital, mas não importa quão rico seja o cidadão, o tratamento recebido será exatamente igual para todos, mas o funcionamento, apesar de ser muito bom, não é perfeito, pois existem grandes filas de espera para todo e qualquer atendimento. O sistema apesar de ser administrado pelo governo e de ser universal, não necessariamente é gratuito, em algumas províncias se paga mensalidades para a utilização dos serviços de saúde (MOURA; 2006).

Um ponto a ser repensado pelo Brasil é o empoderamento local, já que no Canadá cada província possui grande liberdade de escolha no investimento e nas decisões primordiais em relação a sua população, mas é claro que existe um modelo a ser seguido, com padrões mínimos a serem seguidos (MOURA; 2006).

Chile: Privatização e regulação em saúde

O Chile é um dos países com melhor índice de qualidade de vida, é um país considerado estável, tanto político quanto economicamente, mas na área da saúde há problemas a serem solucionados (AZEVEDO; 1998).

Em 1924 um sistema de saúde obrigatório aos trabalhadores foi implementado. A partir de então os Estados Unidos, em nome da atual Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), redirecionou os sistemas de saúde latino-americanos, no sentido da descentralização no provimento dos serviços, como já mencionado no estudo de caso argentino (LABRA; 2002).

A Constituição de 1925 trouxe direitos e garantias fundamentais, como um sistema de saúde, mas apenas em 1939, com o então presidente Allende (1939-1941), os sistemas existentes de saúde foram unificados, ou seja, as disparidades existentes entre regiões foi amenizada e o sistema de saúde foi universalizado, sendo provido gratuitamente desde então (LABRA; 2002).

A partir da década de 1970, o Estado decide privatizar a maior parte do sistema de saúde, que apresentava grandes problemas. A população não apoiou a decisão, que foi imposta assim mesmo. Esta decisão afetou bastante o país, restando ao Estado apenas fiscalizar o setor e não mais ser um provedor de serviços de saúde. Atualmente há uma forte discussão sobre a reforma na saúde, que se encontra ineficiente desde a privatização do setor, no sentido de maior regulação e de reestruturação deste sistema já bastante desgastado (LABRA; 2002).

Colômbia: Sistema de saúde misto

A partir de 1993, bem como no caso argentino, a Colômbia teve a necessidade de descentralizar a política de saúde, que anteriormente era bastante polarizada entre público e privado, sendo o segundo acessível à elite colombiana apenas, devido aos preços abusivos cobrados. Na década de 1990, porém, com a globalização da medicina o mercado dos planos de saúde privados se tornou mais competitivo, conquistando, portanto, novos clientes (LABRA; 2002).

Em oposição ao modelo dicotômico anterior a 1993, atualmente existem muitas siglas que se referem a planos de saúde obrigatórios e voluntários que acabam por confundir os próprios cidadãos (SUAREZ; AVELLANEDA; 2004).

Existe o Plano Obrigatório de Saúde (POS), em que empresas têm a obrigação de oferecer aos seus funcionários e às suas respectivas famílias. Quem garante que esse plano exista são as Entidades Promotoras de Saúde (EPSs), que se encarregam de cuidar da cobertura dos serviços de saúde para os trabalhadores. As EPSs podem ser públicas ou privadas e são elas que têm contato direto com instituições prestadoras de saúde, como hospitais, clínicas, entre outros. Existe ainda a medicina voluntária, ou seja, particular, que é mais caro e mais abrangente. Embora as mesmas instituições prestadoras de saúde façam o mesmo serviço, a saúde na Colômbia é ofertada de diferentes maneiras de acordo com o valor pago ou o plano adquirido. Devido ao seu valor ela ainda não abrange grande quantidade de pessoas, mas vem crescendo ao longo desta década (SUAREZ; AVELLANEDA; 2004).

O desafio atual colombiano é o de contextualizar as EPSs aos maiores interessados, a população e os médicos. Atualmente, a negociação é feita diretamente com as instituições prestadoras de saúde e ainda há a necessidade de aumentar a cobertura da saúde aos cidadãos que não estão inseridos em nenhum dos planos (SUAREZ; AVELLANEDA; 2004).

Equador: Reforma da saúde em pauta

Em 1984 entra em vigor o “Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República do Equador para a Implementação do Projeto Intercâmbio para Fortalecimento dos Sistemas Nacionais de Saúde do Brasil e do Equador”, que visa trazer melhorias nos sistemas de saúde de ambos os países através da cooperação mútua de ações inovadoras e eficazes (MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES; 1982).

Em janeiro de 2011 o presidente Rafael Correa decretou estado de emergência no sistema público de saúde, prometendo investir mais de 3 milhões de dólares no sistema de saúde do país, que se encontra atualmente bastante ruim (MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES; 1982).

O sistema de saúde do Equador é e sempre foi totalmente centralizado, com o Estado no centro do comando, tomando as decisões necessárias ao seu funcionamento, atualmente está em pauta a discussão de descentralizar este sistema (LUCIO et al; 2011).

Estados Unidos: Reforma na política de saúde

As esferas municipal, estadual e federal se misturam quanto aos gastos com a saúde pública e cerca de 38% dos gastos são sanados pelo esfera privada (UGÁ; 2001).

Existem os seguros de saúde privados, que dominam boa parte do mercado, devido a carência e ao alto custo dos serviços públicos. Estes foram introduzidos em meados de 1980 para amenizar o insulamento do sistema público norte-americano, o que acabou gerando altíssimo custo para o governo, que sempre manteve o sistema público de saúde, para os pacientes que não possuem plano de saúde, já que as consultas e procedimentos devem ser pagos quando se usa o serviço público. A resposta ao serviço costuma ser bastante rápida e precisa e o desenvolvimento da medicina estadunidense é considerado o mais avançado mundo pela OMS (IESS; 2010).

No país com um PIB elevado, um exemplo a ser seguido em tantas outras áreas, mas não na saúde e em seu sistema de saúde. Excluindo os mais pobres, os militares e os idosos, não há sistema de saúde universal, ou seja, os americanos são obrigados a obter e pagar seus próprios planos de saúde. Os Estados Unidos gastam mais do que o dobro que os países com melhor sistema de saúde, cerca de 6 mil dólares por habitante, sendo que cerca de 46 milhões de norte-americanos não são cobertos por nenhum sistema de saúde (UGÁ; 2001).

A proposta de Reforma, que foi aprovada na Câmara, ainda está em tramitando para ser aprovada, propõe um sistema de saúde praticamente universal, o que melhorará muito a qualidade de vida dos não segurados até então, além disso, pretende desvincular o seguro de saúde público do vínculo empregatício, que gerava grandes divergências de opiniões (IESS; 2010).

México: Busca pela universalização do sistema de saúde público

Seu sistema de saúde é bastante moderno e conta com planos de saúde públicos, ou seja, paga-se uma taxa para que o Estado promova a saúde e os serviços condizentes, apenas as áreas rurais ficaram esquecidas, de forma que o sistema de saúde fica mais debilitado. Existem planos de saúde no México, que conquistaram apenas 13% da população (DANTÉS et al; 2011).

Desde 1990 o México atinge indicadores bastante positivos na área da saúde, mas seu sistema ainda deve ser bastante trabalhado e corrigido para que o sistema seja universalizado, já que muitos ainda não possuem nenhum tipo de assistência médica no país (DANTÉS et al; 2011).

Peru: Nova lei de universalização da saúde

No Peru existem os sistemas de saúde público e privado, sendo que o primeiro cobra para prover os serviços de saúde necessário, variando do local e das determinantes desta população. Já o setor privado se divide entre com e sem fins lucrativos (ALCALDE-RABANAL et al; 2011).

A partir de 2001 o sistema vem sendo descentralizado, com diretrizes comuns entre os municípios, que devem segui-los a partir das características regionais. Em 2009 foi promulgada a lei da universalização as saúde no Peru, com o objetivo de garantir para a população acesso igualitário, universal e gratuito (ALCALDE-RABANAL et al; 2011).

O gasto público ainda não é tão grande quanto em países com índices de saúde elevados, a principal fonte de financiamento da saúde ainda é particular (ALCALDE-RABANAL et al; 2011).

Venezuela: Discussão de novo sistema de saúde universal e gratuito

O país possuía indicadores de saúde bastante preocupantes: a mortalidade infantil era de aproximadamente 16 para cada 1000 e 17% das crianças eram afetadas pela má nutrição. Entretanto, a partir de 2009 esses valores obtiveram uma melhora significativa, que ainda não representa que as condições de saúde na Venezuela estejam ótimas (FIA; 2008).

Viajar à Venezuela não é totalmente seguro, já que algumas doenças ainda são persistentes. Por esse motivo, ao embarcar para o país é importante que sejam aplicadas algumas vacinas específicas no indivíduo. Atualmente, o governo trabalha em um projeto para a criação um sistema único de saúde universal e gratuito aos cidadãos venezuelanos (FIA; 2008).

Cobertura universal em saúde pública

A preocupação com a saúde só não é maior que a preocupação financeira (ficar desempregado ou passar por uma crise financeira), por essa grande preocupação foi assinada há mais de 30 anos a Declaração de Alma-Ata, que acreditavam que a cobertura universal contribuiria para uma melhor qualidade de vida e para a paz e segurança globais (WORLD HEALTH ORGANIZATION; 2010).

Para confrontar a atual situação, na Assembléia Mundial da Saúde em 2005, os Estados Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) comprometeram-se a desenvolver sistemas de financiamento, na saúde na Resolução 5.833, que permitam às pessoas terem acesso à cobertura universal de saúde, ou seja, a acessibilidade de todos aos serviços de saúde (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) sem grandes sacrifícios financeiros para pagá-los (WORLD HEALTH ORGANIZATION; 2010).

Outro problema atual relacionado aos doentes é a perda de rendimentos durante a doença em questão, são poucos os países onde há apoio financeiro e social aos doentes, geralmente o que se observa é um apoio financeiro da família e de amigos próximos. Os sistemas de saúde que requerem pagamentos diretos quando as pessoas necessitam de cuidados (incluindo taxas de utilização e o pagamento dos medicamentos) impedem o acesso aos serviços e causam dificuldades financeiras a milhões de pessoas, e mesmo o empobrecimento de muitos outros milhões. O fato é que estes são apenas parte dos entraves envolvendo a estrutura de saúde pública, pois algumas pessoas irão encontrar barreiras financeiras ao acesso mesmo se os pagamentos diretos forem eliminados; os custos de transporte e acomodação para obter tratamento podem ainda ser proibitivos. Os governos devem considerar várias opções, incluindo a transferência condicional de dinheiro, para reduzir estas barreiras (WORLD HEALTH ORGANIZATION; 2010).

É utópico exigir 100% de cobertura universal, mas alcançar o mais perto disso possível necessário, para isso os países que se preuserem a alcançar esse nível ótimo de saúde terão que fazer escolhas difíceis no que tange à melhor utilização desses fundos. Há, em termos gerais, três modos de fazê-lo, além de uma quarta opção de aumentar a ajuda ao desenvolvimento e conseguir que esta funcione melhor para a saúde: Aumentar a eficiência da coleta da receita fiscal, redefinir as prioridades dos orçamentos governamentais, financiamento inovador, ajuda ao desenvolvimento para a saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION; 2010).

Nenhum país foi ainda capaz de garantir a todos o acesso imediato à totalidade de serviços que possam manter ou melhorar a sua saúde. Todos eles enfrentam restrições de recursos de um tipo ou de outro, embora essas restrições sejam mais críticas nos países com baixo rendimento, mas há algumas sugestões dadas neste relatório, como, por exemplo: diversificar as suas fontes de financiamento, maior priorização dos governos à saúde nos seus orçamentos. Deve-se acreditar que todos os países podem melhorar a eficiência do uso dos recursos na saúde adotando uma abordagem mais estratégica na prestação e aquisição de serviços de saúde. E, no que tange aos países desenvolvidos, os conselhos vigentes são para doar de forma inovadora e frequente aos países menos abastados financeiramente, para que estes futuramente possam se fortalecer e caminhar com suas próprias pernas sem dificuldades (WORLD HEALTH ORGANIZATION; 2010).

Todos os países podem procurar melhorar a eficiência adotando uma abordagem mais estratégica na prestação e aquisição de serviços de saúde como, por exemplo, decidir que serviços comprar com base em informação sobre as necessidades de saúde da população e ligar os pagamentos dos prestadores ao seu desempenho e a informação sobre os custos, a qualidade e o impacto dos serviços. Nesse sentido, os mecanismos de pagamento aos prestadores têm vantagens e desvantagens, mas os pagamentos por serviço - que resultam na prestação excessiva aos que podem pagar ou aos que estão cobertos por fundos comuns e numa prestação de insuficiente aos que não podem pagar -, devem receber atenção prioritária (WORLD HEALTH ORGANIZATION; 2000).

Sabe-se que não existe evidência convincente de que os serviços de saúde do setor privado sejam mais ou menos eficientes que as governamentais. Depende muito do contexto e necessidade de cada país. Ao estabelecer regras e assegurar que elas sejam cumpridas, a governança efetiva é a chave para melhorar a eficiência e a equidade no que se refere ao modelo de saúde pública implementada (WORLD HEALTH ORGANIZATION; 2000).

No caso brasileiro a universalização da saúde e a aplicação de regras mais rígidas para as empresas privadas de saúde começa a ser pensada a partir dos anos 90, quando o SUS já se apresentava bastante sobrecarregado e a solução mais viável seria encontrar uma maneira do capital privado auxiliar nesta demanda, portando, havia a necessidade de estabelecer regras econômico-financeiras que pudessem controlar a entrada das empresas de assistência à saúde no mercado, combater o monopólio que pudesse ser gerado por grandes organizações e combater a evasão fiscal causada pelo status jurídico de filantropia de muitas organizações de saúde. Após muitos problemas decorrentes de negação ao atendimento, ao mau atendimento e

a falência da Golden Cross, o primeiro marco normativo, a Lei 9.656 foi promulgada em 1998. A criação de uma legislação específica homogeneizou os contratos dos planos e seguros de saúde e também aumentou a cobertura assistencial destes. A exclusão de determinadas patologias e a limitação de procedimentos também aumentou a eficiência para os consumidores (GAMA et al; 2002).

Entre outras mudanças efetuadas na Lei 9.656/98, a primeira medida provisória atribuiu ao Ministério da Saúde funções da regulamentação que anteriormente estavam destinadas à SUSEP. O Ministério da Saúde também ganhou maior destaque na regulamentação e fiscalização da saúde privada, podendo mobilizar atores e interesses presentes no mercado de medicamentos e na assistência médica suplementar, para isso, cria duas instituições voltadas à defesa dos direitos dos consumidores de insumos e planos de saúde: a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A ANS fica então incumbida de fiscalizar “o custeio de despesas; o oferecimento de rede credenciada ou referenciada; o reembolso de despesas; os mecanismos de regulação; restrições contratuais, e vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais” e atribuir punições quando necessário (GAMA et al; 2002).

O processo de regulamentação tem dois marcos principais:

“1) a redução do conceito de saúde ao de assistência médico-hospitalar e o de boa saúde à maior quantidade e possibilidade de escolha dos prestadores de serviços; 2) a crença na necessidade de intervenção governamental para incrementar o mercado, dotando-o de mecanismos competitivos e um certo menosprezo pelas instâncias legislativas” (GAMA et al; 2002).

No artigo “Série Seguridade Social - A Constituição de um Modelo de Atenção à Saúde Universal: Uma Promessa não Cumprida pelo SUS?”, Carlos Otávio Ocke Reis indaga por que o SUS não conseguiu ser realmente universal, se essa era a proposta inicial, de garantir a saúde a todos de maneira igualitária e universal. Há três motivos principais: existem um sistema público e um privado que funcionam paralelamente, mesmo quando a Constituição do Brasil designa a assistência à saúde com apenas um, quando alguns que podem pagar acabam tirando a vez de outros que não podem no SUS (quem tem plano de

saúde, mas as vezes opta pelo SUS); o Estado não democratizou as instituições que regulamentam médicos liberais e prestadores de hospitais privados e a reforma sanitária brasileira não foi publicista com o setor privado; os planos de saúde foram patrocinados pelo de financiamento público (com isenções fiscais) desde 1968, tais planos fazem *lobby* no Congresso Nacional sobre questões-chave da assistência à saúde, evitando a ampla negociação entre as partes interessadas, para fortalecer o sistema público, o problema desse tipo de ação é que o SUS não tem representante algum no Congresso, o que o deixa em segundo plano nas discussões (REIS; 2009).

Metodologia

O presente trabalho baseou-se em busca de literatura acadêmica na área de análise de sistemas de saúde mundiais, preparação de revisão bibliográfica quanto aos principais aspectos qualitativos dos sistemas de saúde do continente americano e análise de dados extraídos de bancos de informações institucionais. Os sistemas de saúde selecionados para análise foram referentes aos dez países de maior Produto Interno Bruto (PIB) no continente americano.

A análise comparativa dos sistemas de saúde selecionados foi baseada em dados publicamente acessíveis de instituições internacionais reconhecidas, como Banco Mundial e Organização Mundial de Saúde (OMS), buscando-se elaborar estatísticas descritivas e comparação de dados de saúde.

A partir da pesquisa elaborada, buscou-se comparar a literatura disponível, de forma a elucidar a importância de analisar diversas óticas sobre o assunto da gestão de políticas públicas de saúde em diferentes países.

Resultados

Os dez países mais populosos das Américas em 2010 são apresentados em ordem alfabética (Tabela 1) para posterior comparação entre as características dos respectivos sistemas de saúde.

Tabela 1. População total, segundo país. 2010.

País	População
Argentina	41.769.726
Brasil	192.376.496
Canadá	34.030.589
Chile	16.454.143
Colômbia	44.725.543
Equador	14.354.469
Estados Unidos	313.232.044
México	113.724.226
Peru	29.248.943
Venezuela	27.635.743

Fonte: WORLD BANK (2012).

Os Estados Unidos é o país mais populoso, contando com mais de 313 milhões de habitantes, o Brasil segue na lista como segundo mais populoso, com mais de 192 milhões de brasileiros, já o Equador fica em último nesta lista, com quase 15 milhões de habitantes.

Deve-se levar em consideração que a diferença entre os países não têm apenas cunho cultural, mas dimensional também, portanto, é necessário analisá-los em termos relativos, a partir da magnitude relativa dos indicadores.

O PIB é a soma do valor bruto acrescentado por todos os produtores, mais impostos de produtos e menos quaisquer subsídios não incluídos no valor dos produtos. Não há deduções por depreciação ou por exaustão e degradação dos recursos naturais (WORLD BANK; 2012).

Tabela 2. Produto Interno Bruto, segundo país (US\$ bilhões). 2006-2010.

País	Ano				
	2006	2007	2008	2009	2010
Argentina	214	260	326	307	368
Brasil	1.088	1.365	1.652	1.594	2.087
Canada	1.278	1.424	1.499	1.336	1.574
Chile	146	164	170	160	203
Colômbia	162	207	244	235	288
Equador	41	45	54	52	58
Estados Unidos	13.336	13.995	14.296	14.043	14.582
México	952	1.035	1.096	882	1.039
Peru	92	107	126	126	153
Venezuela	183	226	311	326	387

Fonte: WORLD BANK (2012).

O PIB dos Estados Unidos é o maior em todos os anos analisados, seguido por Brasil e Canadá, em último colocado se encontra o Equador. Mas se observarmos a evolução do PIB, nota-se que o Brasil, a Colômbia, o Peru e a Venezuela aumentaram drasticamente seus PIBs entre 2006 e 2010. O único país que sofreu em 2009 uma forte redução em seu PIB foi o México (de 1.096,00 bilhões para apenas 882,00 bilhões de dólares em um ano), mas em 2010 seu PIB voltou a crescer, ainda sem atingir o resultado de 2008.

Tabela 3. PIB *per capita* em dólares, segundo país (US\$). 2006-2010.

País	Ano				
	2006	2007	2008	2009	2010
Argentina	5.486	6.624	8.226	7.665	9.124
Brasil	5.793	7.197	8.628	8.251	10.710
Canadá	39.162	43.185	45.003	39.599	46.148
Chile	8.912	9.879	10.166	9.487	11.888
Colômbia	3.726	4.676	5.436	5.166	6.225
Equador	3.058	3.286	3.856	3.648	4.073
Estados Unidos	44.663	46.406	46.971	45.745	47.184
México	8.831	9.485	9.909	7.880	9.166
Peru	3.312	3.807	4.456	4.412	5.291
Venezuela	6.788	8.243	11.138	11.490	13.451

Fonte: WORLD BANK (2012).

Os valores do PIB *per capita* apresentaram crescimento ao longo do período analisado, sendo os da Argentina e da Venezuela os que crescem com maior força, o PIB per

capita brasileiro praticamente foi dobrado no período analisado. Em 2009 há oscilações no resultados da Argentina, do Chile e do México, retomando seu crescimento a em 2010.

A taxa de crescimento do PIB (Tabela 4) é indicada através do cálculo da taxa de crescimento anual do PIB (WORLD BANK; 2012).

Tabela 4. Crescimento do PIB, segundo país (%). 2006-2010.

País	Ano				
	2006	2007	2008	2009	2010
Argentina	8,5	8,7	6,8	0,9	9,2
Brasil	4	6,1	5,2	-0,6	7,5
Canadá	2,8	2,2	0,5	-2,5	3,1
Chile	4,6	4,6	3,7	-1,7	5,2
Colômbia	6,7	6,9	3,5	1,5	4,3
Equador	5,9	2	7,2	0,4	3,6
Estados Unidos	2,7	1,9	0	-2,7	2,9
México	5,2	3,3	1,5	-6,1	5,5
Peru	7,7	8,9	9,8	0,9	8,8
Venezuela	9,9	8,2	4,8	-3,3	-1,9

Fonte: WORLD BANK (2012).

Entre 2006 e 2007 apenas Argentina, Brasil, Colômbia e Peru tiveram crescimento em seus PIBs, já a partir de 2008 (principalmente em 2009) todas estas economias obtiveram resultados negativos ou abaixo do esperado e em 2010 apenas a Venezuela obteve resultado negativo e todos os outros países conseguiram elevar seu PIB.

O indicador de gasto total com saúde representa a soma das despesas de saúde tanto públicas quanto privadas em saúde no país, incluindo ações de prevenção e tratamento, de planejamento familiar, de nutrição e emergenciais, entretanto não são consideradas a questão do fornecimento de água e saneamento básico, mesmo que estas estejam relacionadas com a área de saúde.

Todos os países têm aumentado seu gasto com a saúde, sendo que os Estados Unidos é o país que tem o maior gasto total com a saúde, o gasto público com a saúde do Brasil cresce 0,5% e a Venezuela, o Equador, a Colômbia e o México têm o menor gasto (Tabela 5).

Tabela 5. Gasto total com saúde, segundo país (% do PIB). 2006-2009.

País	Ano			
	2006	2007	2008	2009
Argentina	8,5	8,4	8,4	9,5
Brasil	8,5	8,4	8,4	9,0
Canadá	9,5	9,6	9,8	10,9
Chile	6,6	6,9	7,5	8,2
Colômbia	6,2	6,1	5,9	6,4
Equador	5,3	5,4	5,3	6,1
Estados Unidos	14,8	14,9	15,2	16,2
México	5,7	5,8	5,9	6,5
Peru	4,3	4,3	4,5	4,6
Venezuela	5,7	5,8	5,4	6,0

Fonte: WORLD BANK (2012).

O gasto *per capita* com saúde é a representação do gasto total com saúde dividindo pela população total do país (Tabela 6).

Tabela 6. Gasto *per capita* em saúde, segundo país (US\$). 2006-2009.

País	Ano			
	2006	2007	2008	2009
Argentina	463	561	695	730
Brasil	491	607	721	734
Canadá	3.74	4.163	4.445	4.38
Chile	590	681	762	787
Colômbia	229	284	317	323
Equador	166	185	216	255
Estados Unidos	6.612	6.928	7.164	7.41
México	507	555	588	515
Peru	141	160	200	201
Venezuela	387	475	597	686

Fonte: WORLD BANK (2012).

Quanto ao gasto *per capita* em saúde pode-se afirmar que o Peru, o Equador, a Colômbia, o México e a Venezuela, respectivamente, possuem os menores gastos com a saúde, já Estados Unidos e Canadá são os que possuem maior gasto *per capita*, seguidos por Chile, Brasil e Argentina.

Os gastos públicos com saúde consistem nas despesas correntes e de capital do governo em todos os seus âmbitos (no caso do Brasil, por exemplo, nos âmbitos federal,

estadual e municipal), considerando também os empréstimos externos, donativos, inclusive de organismos internacionais e organizações não-governamentais, e os fundos sociais de seguro de saúde (Tabela 7).

Tabela 7. Gasto público em saúde, segundo país (% do gasto total em saúde). 2006-2009.

País	Ano			
	2006	2007	2008	2009
Argentina	55,8	59,4	62,6	66,4
Brasil	41,7	41,6	44,0	45,7
Canadá	69,9	69,9	69,5	68,7
Chile	42,1	43,2	44,0	46,8
Colômbia	84,3	84,2	83,9	84,2
Equador	43,6	42,3	42,3	48,4
Estados Unidos	46,4	46,8	47,8	48,6
México	45,2	45,4	46,9	48,3
Peru	59,1	58,4	59,4	58,6
Venezuela	41,7	46,5	44,9	40,0

Fonte: WORLD BANK (2012).

A Colômbia, seguida por Canadá, Argentina e Peru possuem gastos públicos com a saúde superiores a 50%, no caso da Colômbia quase 85% do gasto com saúde é público, valor elevadíssimo.

Os demais países gastam menos de 50% com saúde, sendo a Venezuela o país que menos tem gastos públicos com saúde (40%), o Brasil vem logo a seguir, com gasto público de cerca de 45%.

“*Out-of-pocket health expenditure*” ou gasto privado com a saúde, analisado a seguir na tabela 8, é apenas uma parte da despesa total privada com a saúde, que inclui gratificações e pagamentos em espécie, para os profissionais de saúde e fornecedores de produtos farmacêuticos, aparelhos e outros bens e serviços, onde a função é contribuir para a restauração ou a melhoria do estado de saúde de indivíduos ou grupos populacionais.

Tabela 8. Gasto privado em saúde, segundo país (% do gasto total em saúde). 2006-2009.

País	Ano			
	2006	2007	2008	2009
Argentina	64,3	61,5	59,2	59,2
Brasil	63,0	58,8	57,1	57,1
Canadá	51,0	51,3	50,9	49,6
Chile	65,0	64,4	65,2	64,6
Colômbia	47,6	48,7	48,7	50,0
Equador	85,2	85,9	87,3	87,3
Estados Unidos	24,5	24,3	24,4	24,2
México	94,0	93,1	92,9	92,3
Peru	79,4	75,3	75,4	75,7
Venezuela	89,4	88,1	89,5	90,6

Fonte: WORLD BANK (2012).

Todos os países possuem parcelas superiores ou muito próximas a 50% dos gastos privados com saúde, exceto os Estados Unidos, que mantem este índice em cerca de 24%. O Brasil, como todos os demais países, reduziu o gasto privado com a saúde, com exceção apenas de Colômbia, Equador e Venezuela que aumentaram seus gastos.

O indicador de expectativa de vida ao nascer estima quantos anos um recém-nascido viveria caso se mantivessem os padrões mortalidade no momento em que nasceu e ao longo de sua vida (Tabela 9).

Tabela 9. Expectativa de vida ao nascer, segundo país (anos). 2006-2009.

País	Ano			
	2006	2007	2008	2009
Argentina	75	75	75	75
Brasil	72	72	72	73
Canadá	81	81	81	81
Chile	78	79	79	79
Colômbia	73	73	73	73
Equador	75	75	75	75
Estados Unidos	78	78	78	78
México	76	76	76	76
Peru	73	73	73	74
Venezuela	73	74	74	74

Fonte: WORLD BANK (2012).

A Venezuela e o Chile foram os únicos países que elevaram sua expectativa de vida em 1 ano em apenas quatro anos, os demais mantiveram o valor estável. O Canadá, seguido por Chile e Estados Unidos possuem expectativa de vida mais elevadas, já Brasil, Colômbia, Peru e Venezuela possuem as menores expectativas de vida ao nascer, a Argentina, o Equador e o México ficam logo a seguir dos países com piores expectativas de vida.

Outro indicador, analisado na tabela 10, é a taxa de mortalidade infantil, que representa a quantidade de crianças que morrem antes mesmo de completar um ano de idade, a cada 1.000 crianças nascidas vivas, ele é medido anualmente.

Tabela 10. Taxa de mortalidade infantil, segundo país (por 1.000 habitantes). 2006-2009.

País	Ano				
	2006	2007	2008	2009	2010
Argentina	14	14	13	13	12
Brasil	22	21	20	18	17
Canadá	5	5	5	5	5
Chile	8	8	8	8	8
Colômbia	19	18	18	17	17
Equador	21	20	19	18	18
Estados Unidos	18	17	16	15	14
México	20	19	17	16	15
Peru	7	7	7	7	7
Venezuela	18	17	17	16	16

Fonte: WORLD BANK (2012).

Canadá, Chile e Peru mantiveram ao longo dos 4 anos analisados na tabela acima suas taxas de mortalidade por já serem bastante baixas (todas abaixo de 10), todos os demais países conseguiram reduzir seus índices, sendo que o Brasil e o México foram os que obtiveram maior êxito, reduzindo 4 óbitos a cada 1000 nascidos vivos.

Discussão

A evolução do PIB total foi fortemente afetada pela crise econômico-financeira que afetou todas as economias mundiais em 2008, por isso, observa-se grande redução no PIB total e per capita de todos os países analisados entre 2008 e 2009, sendo que alguns países demoraram mais do que outros para reestabelecer o crescimento econômico, como nos casos do México, da Argentina e do Chile, por exemplo.

Já a taxa de crescimento anual do PIB cresceu entre 2006 e 2007 apenas para a Argentina, o Brasil, a Colômbia e o Peru, mas a partir de 2008 (principalmente em 2009) todas as economias estudadas obtiveram resultados negativos ou muito baixos e em 2010 apenas a Venezuela obteve resultado negativo, sendo que os outros países conseguiram elevar sua taxa de crescimento do PIB, mostrando certa superação da fase mais crítica da crise.

Os gastos com a saúde crescem para todos os países, sendo que os países com maiores gastos em saúde são Estados Unidos e Canadá, sendo que o primeiro não estabeleceu ainda um sistema de saúde gratuito, universal e eficiente e o segundo tem um dos melhores sistemas de saúde do planeta, sendo já universal, gratuito na maioria dos casos e bastante eficiente. Chile, Brasil e Argentina também têm gastos altos com a saúde e possuem algumas características em comum em relação aos seus sistemas de saúde, todos são universais e gratuitos, têm grandes problemas a solucionar, mas estão caminhando na direção da eficácia.

Os gastos públicos com saúde na Colômbia e no Canadá são muito elevados, o primeiro país gasta mais de 84% e o segundo quase 70% em saúde, a Argentina e o Peru também mantêm seus gastos públicos em saúde bastante elevados, os demais países gastam menos de 50% com saúde, sendo a Venezuela o país que menos tem gastos públicos com saúde (40%), o Brasil vem logo a seguir, com gasto público de cerca de 45%, ou seja, dentre os países analisados, nenhum deles possui gasto público em saúde menor que 40%. E exceto Estados Unidos, Canadá e Colômbia, todos os demais países possuem a parcela dos gastos privados com saúde (out-of-pocket) superiores a 50%.

Estes resultados mostram que os sistemas colombianos e canadenses são praticamente financiados apenas pelo Estado, o sistema canadense é descentralizado, mas segue diretrizes únicas em todo o país, é universal, gratuito ou reembolsável e bastante eficiente aos cidadãos, já o sistema colombiano é bastante confuso mesmo aos cidadãos que lá residem, existem planos privados e públicos, é universal, é gratuito (o sistema de saúde

público) e, sabendo se utilizar bem e compreendendo as artimanhas deste sistema, é eficiente aos pacientes.

A Venezuela e o Chile foram os únicos países que elevaram sua expectativa de vida em um ano em apenas quatro anos, os demais mantiveram o valor estável. O Canadá, seguido por Chile e Estados Unidos possuem expectativa de vida mais elevadas, já Brasil, Colômbia, Peru e Venezuela possuem as menores expectativas de vida ao nascer, a Argentina, o Equador e o México ficam logo a seguir dos países com piores expectativas de vida.

Estes resultados são decorrentes de que Estados Unidos e Canadá já são bastante desenvolvidos tecnologicamente na área médica e farmacêutica, a maior parte das descobertas neste sentido acontece nos Estados Unidos e, devido à proximidade, o Canadá compartilha destes feitos, já o Chile é um país bastante próspero e tem investido bastante na área da educação, fato que pode também ajudar nos indicadores analisados.

Já o Brasil tem se desenvolvido e crescido economicamente bastante nesta última década, o que pode explicar a melhoria na expectativa de vida e, conseqüentemente, a redução de quatro óbitos a cada mil.

Conclusão

Observa-se que os dados obtidos sobre os sistemas de saúde dos países analisados neste trabalho permitem perceber características e falhas no Sistema Único de Saúde Brasileiro.

Constata-se que o Brasil tem a segunda maior população dentre os países das Américas, fato que acaba dificultando com que o Estado consiga resolver problemas de diferentes dimensões e diferentes condições culturais, mas, por outro lado, o Brasil tem o segundo maior PIB, de modo que não obteve grande queda em sua taxa de crescimento durante a crise mundial de 2008, o que mostra que os recursos foram bem aplicados no período.

O país investe fortemente na saúde, sendo o terceiro maior investidor per capita dentre os analisados, tendo gasto público de 9% de seu PIB total, dos quais cerca de 45% correspondem a gastos públicos; alta expectativa de vida e taxa de mortalidade infantil reduzida de 22 para 17 a cada 1000 óbitos em quatro anos. Tendo em vista esses indicadores, pode-se deduzir que o país tem grande potencial de melhorias em seu Sistema de Saúde Público, mas políticas públicas mais eficientes devem ser implementadas.

O relatório mundial da saúde de 2000 e o de 2010 são bastante inspiradores e aludem sempre aos sistemas de saúde com participação privada e a um sistema com cobertura universal. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado e regulamentado para fornecer cobertura universal e caminha neste sentido, mas é necessário ainda absorver alguns pontos, que são tratados nos relatórios elaborados pela Organização Mundial da Saúde.

Os Estados Unidos e o Canadá se encontram num patamar bastante elevado quando comparados aos demais, mas deve-se observar a evolução destes países ao longo da história não apenas na área da saúde. O Brasil, o qual integra o grupo intermediário juntamente com Argentina, Chile e México, segue o modelo do grupo anterior, tentando ao máximo obter bons índices de desenvolvimento. Por último, tem-se Colômbia, Equador, Peru e Venezuela, que alcançam os menores indicadores de saúde, o que representa gastos ineficientes do governo e do setor privado em áreas de base.

Portanto, o Brasil pode se atentar aos pontos ainda deficientes em sua política de saúde, como, por exemplo, a barreira encontrada para o acesso de um doente ao seu tratamento em função da dificuldade financeira de seus parentes, quando aquele é o chefe de família e fica internado por longos períodos. O Canadá serve como paradigma dessa questão, fornecendo ajuda financeira para as famílias desamparadas.

O Brasil se consolidou como o terceiro melhor representante nos indicadores analisados neste trabalho, o que fornece subsídio para crer que o Sistema Único de Saúde – SUS, com os

ajustes necessários, caminha na direção prover condições de saúde mais digna aos seus cidadãos.

Referências

ALCALDE-RABANAL, J.E.; LAZO-GONZÁLEZ, O., NIGENDA, G. Sistema de salud de Perú. *Salud Pública Méx* 2011; v.53, n.2, p.243-254. Disponível em: http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002627

AZEVEDO, A.C. La provisión de servicios de salud em Chile: Aspectos históricos, dilemas y perspectivas. *Rev. Saúde Pública* 1998; v.32, n.2, p.192-199. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v32n2/p192-199.pdf>

BERTOLOZZI, M.R.; GRECO, R.M. As políticas de saúde no Brasil: Reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Revista Escola de Enfermagem da USP* 1996, v.30, n.3, p.380-98. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/356.pdf>

BIASOTO JÚNIOR, G.; SILVA, P.L.B.; DAIN, S. *Regulação do setor saúde nas Américas: As relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica*. Série técnica OPAS/MS/UNICAMP. Brasília: OPAS. 2006. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5573.pdf>

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal; 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: MS; 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *SUS: Princípios e conquista*. Brasília: MS; 2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portal da Saúde*. Brasília: MS; 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>

BRASIL. MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES. *DAI - Divisão de Atos Internacionais*. Brasília: MRE; 1982.

BRESSER PEREIRA, L.C. A crise financeira de 2008. *Revista de Economia Política* 2009; v.29, n.1, p. 133-149. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rep/v29n1/08.pdf>

CANADA. *Canada Health Act*. Minister of Justice; 1985. Disponível em: <http://laws.justice.gc.ca/PDF/C-6.pdf>

CARVALHO, G.C.M. O momento atual do SUS... A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. *Saúde Soc.* 1993; v.2, n.1, p.9-24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12901993000100003&script=sci_arttext

DANTÉS, O.G.; SESMA, S.; BACERRIL, V.M.; KNAUL, F.M.; ARREOLA, H.; FRENK, J. Sistema de salud de México. *Salud Pública Méx* 2011; v.53, n.2, p.220-232. Disponível em: http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002625

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L.A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (Orgs.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008. Disponível em: http://assistenciafarmaceutica.fepese.ufsc.br/pages/arquivos/Escorel_2008_I.pdf

FALEIROS, V.P.; SILVA, J.F.S.; VASCONCELLOS, L.C.F.; SILVEIR, R.M.G. *A construção do SUS: Histórias da reforma sanitária e do processo participativo*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Fundação Instituto de Administração (FIA). *A saúde no Brasil e na América Latina*. São Paulo: FIA; 2008. Disponível em: http://www.fundacaofia.com.br/profuturo/Uploads/Documents/Documentos/FIA%20Report%20Saude%20LATAM_vers%C3%A3o%20eletronica.pdf

GAMA, A.M.; REIS, C.O.O.; SANTOS, I.S.; BAHIA, L. *O espaço da regulamentação dos planos e seguros de saúde no Brasil: Notas sobre a ação de instituições governamentais e da sociedade civil*. Porto Alegre: Livraria do Advogado; 2002. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Artigo_Cebes_020529.pdf

Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). A reforma da saúde norte-americana. *Saúde Suplementar em Foco* 2010; v.1, n.2, p.1-5. Disponível em: <http://www.iess.org.br/html/ano1n2.pdf>

KILSZTAJN, S.; SILVA, D.F.; CÂMARA, M.B.; FERREIRA, V.S. Grau de cobertura dos planos de saúde e distribuição regional do gasto público em saúde. *Saúde e Sociedade* 2001; v.10, n.2, p.35-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n2/04.pdf>

LABRA, M.E. La reinvenção neoliberal de la inequidad en Chile: El caso de la salud. *Cadernos de Saúde Pública* 2002, v.18, n.4, p.1041-1052. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5494.pdf>

LUCIO, R.; VILLACRÉS, N.; HENRIQUEZ, R. Sistema de salud de Ecuador. *Salud Pública Méx* 2011; v.53, n.2, p.177-187. Disponível em: http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002621

MOURA, M.C. Mudanças na gestão dos sistemas de saúde - o modelo canadiano. *J Port Gastrenterol* 2006; v.13, p.105-110. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ge/v13n2/v13n2a07.pdf>

REIS, C.O.O. *Série Seguridade Social - A constituição de um modelo de atenção à saúde universal: Uma promessa não cumprida pelo SUS?* Rio de Janeiro: IPEA; 2009. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1376.pdf

REIS, C.O.O. *Sistemas de saúde comparados: Gasto, acesso e desempenho*. IPEA: Rio de Janeiro; 2009. Disponível em: <http://www.ppge.ufrgs.br/ats/disciplinas/2/ockereis-2006.pdf>

SUAREZ, C.A.R.; AVELLANEDA, H.M.G. *Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud - Colombia*. OPAS; 2004. Disponível em: http://www.opas.org.br/servico/temas_documento_detalhe.cfm?CodSubTema=66&CodEspecifico=5491

UGÁ, M.A.D. Gastos, acesso e condições de saúde: Tendências nos países da OECD. *Re Ass Med Brasil* 2001; v.47, n.3, p.169-197. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n3/6516.pdf>

WORLD BANK. *Indicators by country*. World Bank: Washington, D.C; 2012. Disponível em: <http://www.worldbank.org/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO homepage*. WHO: Geneva; 2012. Disponível em: <http://www.who.int/en/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Health Report 2000 - Health systems: Improving performance*. WHO: Geneva; 2000. Disponível em: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Health Report 2010 - Financiamento dos sistemas de saúde: O caminho para a cobertura universal*. WHO: Geneva; 2010. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>