

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Luciana Souza d'Ávila

A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL E NA COLÔMBIA: uma análise
comparada na perspectiva histórica e da judicialização da saúde

Belo Horizonte
2023

Luciana Souza d'Ávila

A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL E NA COLÔMBIA: uma análise comparada na perspectiva histórica e da judicialização da saúde

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Eli Iola Gurgel Andrade

Coorientador: Prof. Dr. Fernando Mussa Abujamra Aith

Belo Horizonte
2023

d'Ávila, Luciana Souza.

D999e A efetivação do direito à saúde no Brasil e na Colômbia [recursos eletrônicos]: uma análise comparada na perspectiva histórica e da Judicialização da saúde. / Luciana Souza d'Ávila. -- Belo Horizonte: 2023. 474f.: il.

Formato: PDF.

Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Eli Lola Gurgel Andrade.

Coorientador (a): Fernando Mussa Abujamra Aith.

Área de concentração: Saúde Pública.

Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Direito à Saúde. 2. Cobertura Universal de Saúde. 3. Judicialização da Saúde. 4. Brasil. 5. Colômbia. 6. Dissertação Acadêmica. I. Andrade, Eli lola Gurgel. II. Aith, Fernando Mussa Abujamra. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: W 68

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

ATA DE DEFESA DE TESE

LUCIANA SOUZA D'AVILA

Realizou-se, no dia 03 de março de 2023, às 14:00 horas, Sala online, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de tese, intitulada A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL E NA COLÔMBIA: uma análise comparada na perspectiva histórica e da judicialização da saúde, apresentada por LUCIANA SOUZA D'AVILA, número de registro 2018658594, graduada no curso de FISIOTERAPIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em SAÚDE PÚBLICA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Eli lola Gurgel Andrade - Orientador (UFMG), Prof(a). Fernando Mussa Abujamra Aith (Faculdade de Saúde Pública - USP), Prof(a). Elis Mina Seraya Borde (UFMG), Prof(a). Eleonor Minho Conill (Universidade Federal de Santa Catarina), Prof(a). Angela Patricia Acosta Santamaria (Universidade de São Paulo), Prof(a). Rafael Antonio Malagón Oviedo (Facultad de Odontología/Universidad Nacional de Colombia)

Belo Horizonte, 03 de março de 2023.

Assinatura dos membros da banca examinadora:

Prof(a). Eli lola Gurgel Andrade - Orientador (UFMG)

Prof(a). Fernando Mussa Abujamra Aith (Faculdade de Saúde Pública - USP)

Prof(a). Elis Mina Seraya Borde (UFMG)

Prof(a). Eleonor Minho Conill (Universidade Federal de Santa Catarina)

Prof(a). Angela Patricia Acosta Santamaria (Universidade de São Paulo)

Prof(a). Rafael Antonio Malagón Oviedo (Facultad de Odontología/Universidad Nacional de Colombia)



Documento assinado eletronicamente por **Elis Mina Seraya Borde, Professora do Magistério Superior**, em 07/03/2023, às 09:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Eli lola Gurgel Andrade, Professora do Magistério Superior**, em 07/03/2023, às 10:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernando Mussa Abujamra Aith, Usuário Externo**, em 07/03/2023, às 12:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Eleonor Minho Conill, Usuário Externo**, em 15/03/2023, às 13:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Angela Patrícia Acosta Santamaría, Usuário Externo**, em 16/03/2023, às 06:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rafael Antonio Malagón Oviedo, Usuário Externo**, em 26/03/2023, às 18:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2121296** e o código CRC **7800FCA2**.

AGRADECIMENTOS

Ao Rodrigo por ser meu chão e meu céu, pelo apoio, paciência e por sempre me fazer rir.
Amo você.

Aos meu pais, amores da minha vida, por sempre terem acreditado em mim, por todo amor e cuidado para que eu pudesse chegar até aqui.

À Érica e Daniel, meus melhores amigos. Cada um do seu jeito, minha vida só tem sentido tendo vocês comigo.

À professora Iola, por essa maravilhosa oportunidade de ter você como minha orientadora e amiga. Entender o SUS a partir do seu olhar me fez acreditar que é possível.

Ao professor Fernando por tudo que aprendi nessa jornada. É uma honra ser sua aluna.

Às minhas queridas tias Alba e Telma por fazerem eu me sentir cuidada e amada e sempre enxergarem o melhor em mim.

A toda minha grande família pelas preces e carinho.

Aos participantes do estudo pela generosidade em compartilharem comigo sua experiência e conhecimento. Cada entrevista foi uma aula e um privilégio.

Aos professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, pela oportunidade de aprender com todos vocês

À Fapemig pela oportunidade e pelo apoio

Aos meus colegas e amigos da CPCVS pela parceria e acolhida e a todos da Escola de Saúde por me apoiarem na concretização deste sonho, especialmente Alice, Anísia, Juliana, Jean, Giselle e Paulo pela amizade e carinho

À Michely e à Roberta pela amizade e por compartilharem comigo o desafio de coordenar o curso de Direito Sanitário

Aos alunos, parceiros e docentes do Curso de Direito Sanitário pela confiança e pela oportunidade de aprender com vocês

À Gabi, por me apresentar o Direito Sanitário e pela grande amizade que construímos e que me faz a admirar cada vez mais.

Às minhas queridas amigas da SUPE, que fazem parte desde caminho e sempre estiveram comigo e torcendo por mim. Sinto muita falta de vocês.

Aos meus anjinhos da guarda de quatro patas, Mulan, Mushu, Keiko, Hiei e Vida.

À Deus por ser meu refúgio e minha força.

"Tem horas em que penso que a gente carecia, de repente, de acordar de alguma espécie de encanto."

João Guimarães Rosa, O Grande Sertão Veredas.

"De la antigua ciudad alambrada solo quedaban los escombros. Las casas de madera, las frescas terrazas donde transcurrían las serenas tardes de naipes, parecían arrasadas por una anticipación del viento profético que años después había de borrar a Macondo de la faz de la tierra."

Gabriel García Márquez, Cien Años de Soledad.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar a efetivação do direito à saúde no Brasil e na Colômbia. Tratam-se de países cujas atuais Constituições foram construídas no mesmo momento histórico - Brasil em 1988 e Colômbia em 1991 - a partir de um processo de ruptura democrática contra um contexto de abusos de direitos humanos e profundas desigualdades sociais. O direito à saúde, no entanto, foi reconhecido de forma distinta nas duas constituições e seus sistemas de saúde assumiram modelos diferentes. O arcabouço teórico-metodológico da investigação se baseou em premissas que visaram guiar o debate e aproximar os dois casos em termos de um cenário externo de forças e interesses e um interno de desigualdades e lutas permanentes por direitos. Foram discutidos os mecanismos de proteção do direito à saúde enquanto um direito humano fundamental; a organização dos sistemas de saúde e sua relação com os sistemas de proteção social e também aspectos relacionados à justiça e à judicialização da política. Ao mesmo tempo, a construção da abordagem metodológica e definição da estratégia comparativa e das categorias de análise buscou contribuições das Ciências Sociais, Ciência Política, Sistemas Comparados de Saúde e Direito Comparado. A coleta de dados e informações envolveu 1) análise documental, revisão narrativa da literatura e busca de indicadores econômicos, sociais, epidemiológicos, de gastos em saúde e da judicialização da saúde; 2) entrevistas com atores-chave dos processos de reforma sanitária e da judicialização da saúde. O tratamento dos dados e informações incluiu a análise de conteúdo de forma combinada à análise crítica do discurso, além da construção de linhas do tempo, gráficos temporais e realização de testes de correlação. Não obstante as especificidades de cada ordem jurídica e os perfis das Cortes Supremas, pode-se afirmar que a judicialização da saúde é tanto um desafio, quanto uma forma de se efetivar o direito à saúde, tornando-se parte do cotidiano dos sistemas de saúde e de justiça e exercendo um papel protetor contra o risco de gastos catastróficos por atenção cirúrgica. As características do fenômeno expressam e refletem questões estruturais da sociedade e a organização e modelo de atenção do SGSSS na Colômbia e do SUS no Brasil. Foi confirmada a hipótese do estudo de que o SUS estaria se aproximando do sistema colombiano. Ambos os países se encontram em direção à cobertura universal, proposta defendida por organizações multilaterais, que envolve o financiamento por meio de um *pooling* de fundos para se alcançar uma pretensa cobertura de saúde para a população, a partir de seguros de saúde diferenciados pela capacidade pagamento, fornecidos por provedores privados. A Colômbia pode ser considerada como um protótipo desse modelo, pois, embora sua reforma sanitária tenha ocorrido no mesmo momento histórico do Brasil e a partir do mesmo contexto externo, devido a uma correlação de forças internas, a abrangência do direito à saúde foi reduzida e o SGSSS assumiu um caráter privatizante, com predominância de seguradoras e prestadores privados; enfraquecimento dos prestadores públicos e da capacidade regulatória do Estado; segmentação da população em regimes, com acesso desigual; priorização da sustentabilidade financeira das seguradoras privadas e modelo de atenção baseado no seguro individual. O Brasil, por sua vez, a partir da força do Movimento da Reforma Sanitária, conseguiu frear as pressões externas e o SUS foi criado como um sistema universal, gratuito e pautado na equidade e na integralidade. As políticas implementadas a seguir, entretanto, descaracterizaram a proposta do Sistema e o recolocaram na trajetória da cobertura universal.

O SUS enfrenta um subfinanciamento crônico; baixo investimento na infraestrutura pública; entrada permanente e diversificada da iniciativa privada na prestação dos serviços, com dependência crescente de sua utilização pelo setor público; naturalização da duplicidade de cobertura e acesso e entrada do capital internacional. A proposta da cobertura universal soa eficiente ao prometer a cobertura de toda a população, a redução das desigualdades e do risco de endividamento das pessoas. Ao contrário, o estudo dos casos do Brasil e da Colômbia revela que a chamada “cobertura universal” não garante acesso e que esse modelo leva à privatização dos sistemas de saúde em diversos níveis, aprofunda as iniquidades, reforça um modelo de atenção individualizado, afastando a ideia constitucional de um direito fundamental e universal à saúde.

Palavras-chave: Direito à saúde; Cobertura Universal de Saúde; Judicialização da saúde; Brasil; Colômbia.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar la efectividad del derecho a la salud en Brasil y Colombia. Se tratan de países cuyas Constituciones actuales se construyeron en un mismo momento histórico - Brasil en 1988 y Colombia en 1991- a partir de un proceso de ruptura democrática frente a un contexto de violaciones de derechos humanos y profundas desigualdades sociales. El derecho a la salud, sin embargo, fue reconocido de manera diferente en las dos constituciones y sus sistemas de salud asumieron modelos distintos. El marco teórico-metodológico de la investigación se basó en presupuestos teóricos e históricos que pretendieron orientar el debate y acercar los dos casos en términos de un escenario externo de fuerzas e intereses y un interno de desigualdades y luchas permanentes por derechos. Se discutieron los mecanismos de protección del derecho a la salud como derecho humano fundamental; la organización de los sistemas de salud y su relación con los sistemas de protección social y también aspectos relacionados con la justicia y la judicialización de la política. Al mismo tiempo, la construcción del enfoque metodológico y la definición de la estrategia comparada y de las categorías de análisis buscaron aportes de las Ciencias Sociales, Ciencias Políticas, Sistemas Comparados de Salud y Derecho Comparado. La recolección de datos e informaciones implicó 1) análisis de documentos, revisión narrativa de la literatura y búsqueda de indicadores económicos, sociales, epidemiológicos, de gastos en salud y de judicialización de la salud; 2) entrevistas con actores-claves en los procesos de reforma de salud y judicialización de la salud. El tratamiento de los datos e informaciones incluyó el análisis de contenido combinado con el análisis crítico del discurso, además de la construcción de líneas de tiempo, gráficos temporales y realización de pruebas de correlación. A pesar de las especificidades de cada ordenamiento jurídico y de los perfiles de las Cortes Supremas, se puede afirmar que la judicialización de la salud es un desafío y una forma de hacer efectivo el derecho a la salud, incorporándose a la cotidianidad de los sistemas de salud y de justicia y desempeñando un papel protector contra el riesgo de gastos catastróficos para la atención quirúrgica. Las características del fenómeno expresan y reflejan cuestiones estructurales de la sociedad, la organización y modelo de atención del SGSSS en Colombia y del SUS en Brasil. Se confirmó la hipótesis del estudio de que el SUS estaría acercando al sistema colombiano. Ambos países avanzan hacia la cobertura universal, propuesta defendida por organismos multilaterales, que implica el financiamiento mediante un *pooling* de fondos para lograr una supuesta cobertura de salud para la población, basada en seguros de salud diferenciados por capacidad de pago, brindados por proveedores privados. Colombia puede ser considerada como un prototipo de este modelo, pues, si bien su reforma sanitaria se dio en el mismo momento histórico que Brasil y desde el mismo contexto externo, por una correlación de fuerzas internas, el alcance del derecho a la salud se redujo y el SGSSS asumió un carácter privatizador, con predominio de aseguradores y proveedores privados; debilitamiento de los proveedores públicos y de la capacidad regulatoria del Estado; segmentación de la población en regímenes, con acceso desigual; priorización de la sostenibilidad financiera de las aseguradoras privadas y un modelo de atención basado en el seguro individual. Brasil, por su parte, con base en la fuerza del Movimiento de Reforma Sanitaria, logró frenar las presiones externas y el SUS fue creado como un sistema universal, gratuito, basado en la equidad e integralidad. Sin embargo, las políticas implementadas a continuación desvirtuaron la propuesta del Sistema y lo reubicaron en la trayectoria de la cobertura universal. El SUS enfrenta un desfinanciamiento crónico; baja inversión en infraestructura pública; entrada permanente y diversificada del sector privado en la prestación de servicios, con creciente dependencia de su uso por parte del sector público; naturalización de doble cobertura y acceso y entrada de capitales internacionales.

La propuesta de la cobertura universal suena eficiente ya que promete cubrir a toda la población, reducir las desigualdades y el riesgo de endeudamiento de las personas. Por el contrario, el estudio de los casos de Brasil y Colombia revela que la llamada “cobertura universal” no garantiza el acceso y que este modelo conduce a la privatización de los sistemas de salud en diferentes niveles, profundiza las desigualdades, refuerza un modelo de atención individualizado, alejándose de la idea constitucional de un derecho fundamental y universal a la salud.

Palabras llave: Derecho a la salud; Cobertura Universal de Salud; Judicialización de la salud; Brasil; Colombia.

ABSTRACT

This study aims to analyze the effectiveness of the right to health in Brazil and Colombia. These are countries whose current Constitutions were constructed at the same historical moment - Brazil in 1988 and Colombia in 1991 - from a process of democratic rupture in the face of human rights violations and profound social inequalities. The right to health, however, was recognized differently in the two constitutions and their health systems assumed distinct models. The theoretical-methodological framework of the investigation relied on assumptions that aimed to guide the debate and bring the two cases closer together in terms of an external scenario of forces and interests and an internal scenario of inequalities and permanent struggles for rights. We discussed the mechanisms for protecting the right to health as a fundamental human right; the organization of health systems and their relationship with social protection systems and aspects related to justice and the judicialization of politics. At the same time, the construction of the methodological approach and definition of the comparative strategy and analysis categories sought contributions from Social Sciences, Political Science, Comparative Health Systems and Comparative Law. Data and information collection involved 1) documental analysis, narrative review of the literature and search for economic, social, epidemiological, health expenditure and health judicialization indicators; 2) interviews with key-actors in the processes of health reform and judicialization of health. The treatment of data and information included content analysis combined with critical discourse analysis, in addition to the construction of timelines, temporal graphs and correlation tests. Despite the specificities of each legal order and profiles of the Supreme Courts, it can be said that the judicialization of health is both a challenge and a way of realizing the right to health. It became part of the daily lives of both health and justice systems and play a protective role against the risk of catastrophic expenditures for surgical care. The characteristics of the phenomenon express and reflect the structural issues of society and the organization and care model of the SGSSS in Colombia and the SUS in Brazil. The hypothesis of the study that the SUS would be approaching the Colombian system was confirmed. Both countries are moving towards universal health coverage (UHC), a proposal defended by multilateral organizations, which involves financing through pooling of funds to achieve an alleged health coverage for the population, based on health insurance differentiated by payment capacity, provided by private providers. Colombia can be considered as a prototype of this model, because, although its health reform took place at the same historical moment as Brazil and from the same external context, due to a correlation of internal forces, the scope of the right to health was reduced. SGSSS assumed a privatizing nature, with a predominance of private insurers and providers; weakening of public providers and the regulatory capacity of the State; segmentation of the population into regimes, with unequal access; prioritization of the financial sustainability of private insurers and a care model based on individual insurance. Brazil, in turn, based on the strength of the Sanitary Reform Movement, managed to curb external pressures and the SUS was created as a universal and free system, based on equity and integrality. The policies implemented below, however, mischaracterized the System's proposal and placed it back on the trajectory of UHC. SUS faces chronic underfunding; low investment in public infrastructure; permanent and diversified entry of the private sector in the provision of services, with increasing dependence on their use by the public sector; naturalization of double coverage and access and entry of international capital.

The UHC proposal sounds efficient as it promises to cover the entire population, reduce inequalities and reduce people's risk of catastrophic expenditures. On the contrary, the study of the cases of Brazil and Colombia reveals that UHC does not guarantee access and that this model leads to the privatization of health systems at different levels, deepens inequalities, reinforces a model of individualized care, moving away from the constitutional idea of a fundamental and universal right to health.

Keywords: Right to health; Universal Health Coverage; Judicialization of health; Brazil; Colombia.

LISTA DE QUADROS, FIGURAS E TABELAS

Figura 1 -	Dados e indicadores coletados de acordo com as bases consultadas.....	83
Tabela 1 -	Dados gerais das entrevistas segundo período de realização, número de participantes e de entrevistas e duração total e média, 2021.....	84
Quadro 1 -	Perfil dos participantes das entrevistas, 2021.....	87
Quadro 2 -	Descrição dos métodos e fontes utilizados no estudo do caso da Colômbia e do Brasil, segundo eixos e categorias de análise, 2021.....	89
Figura 2 -	Mapa oficial político administrativo da Colômbia.....	93
Gráfico 1 -	Taxa de crescimento populacional anual, Colômbia, 1990-2020.....	94
Figura 3 -	Gráficos da taxa de desemprego e da vulnerabilidade ocupacional, por ano e média anual por mandato presidencial, Colômbia, 1991-2020.....	101
Figura 4 -	Gráficos do crescimento do PNB e do PNB per capita, por ano e média anual por mandato presidencial, Colômbia, 1991-2019.....	102
Figura 5 -	Gráficos do crescimento do PIB e do PIB per capita, por ano e média anual por mandato presidencial, Colômbia, 1991-2019.....	103
Figura 6 -	Gráficos da evolução histórica do Índice de Gini, por ano e média anual por mandato presidencial, Colômbia, 1992-2019.....	110
Tabela 2 -	Caracterização estatística e correlação entre o Índice de Gini, o IDH, a mortalidade infantil e a mortalidade em menores de 5 anos e indicadores econômicos, sociais e laborais, Colômbia, 1992-2019.....	111
Figura 7 -	Gráficos da evolução histórica do IDH e do crescimento do IDH, por ano e por mandato presidencial, Colômbia, 1990-2019.....	113
Figura 8 -	Gráficos da evolução histórica da taxa de mortalidade infantil, por ano e por mandato presidencial, Colômbia, 1990-2019.....	115
Figura 9 -	Gráficos da evolução histórica da taxa de mortalidade em menores de cinco anos, por ano e por mandato presidencial, Colômbia, 1990-2019....	116
Tabela 3 -	Valores e evolução de indicadores econômicos, sociais e de mortalidade, por mandato e por governo dos ex-presidentes Álvaro Uribe e Juan Manuel Santos, Colômbia, 2002-2018.....	117
Figura 10 -	Gráficos da evolução histórica da população refugiada da Colômbia, 1990-2020.....	119
Figura 11 -	Marco histórico-legal do SGSSS segundo os principais componentes do sistema, Colômbia, 1990-2020.....	141

Gráfico 2 -	Proporção de gastos públicos e privados em saúde por ano, Colômbia, 2000-2019.....	148
Figura 12 -	Gráficos da evolução histórica do crescimento anual dos gastos em saúde, em comparação ao crescimento do PIB, Colômbia, 2001-2019.....	149
Gráfico 3 -	Evolução histórica dos gastos do próprio bolso com saúde (% do gasto total em saúde), por ano, Colômbia, 2000-2019.....	157
Gráfico 4 -	Evolução histórica do risco de gastos catastróficos por atenção cirúrgica (% de pessoas em risco), por ano, Colômbia, 2003-2019.....	158
Tabela 4 -	Caracterização estatística e correlação entre o risco de gastos catastróficos por atenção cirúrgica e demais indicadores de gastos em saúde, indicadores econômicos, sociais, laborais e de mortalidade, Colômbia, 2003-2019.....	160
Figura 13 -	Trâmites e fluxos de utilização do MIPRES, Colômbia, 2021.....	180
Figura 14 -	Conteúdo do Plano de Benefícios de Saúde do SGSSS, Colômbia, 2020..	182
Figura 15 -	Gráficos da evolução histórica do total de tutelas e das tutelas em saúde, por ano, Colômbia, 1992-2019.....	194
Figura 16 -	Gráficos da evolução histórica do crescimento anual do total de tutelas e das tutelas em saúde, Colômbia, 1992-2019.....	195
Figura 17 -	Gráficos da distribuição anual dos itens solicitados via tutelas em saúde, Colômbia, 1999, 2003, 2007, 2011, 2015 e 2019.....	197
Figura 18 -	Gráficos da evolução histórica do volume de tutelas em saúde e dos itens solicitados, nas especialidades neurologia/neurocirurgia e oncologia, Colômbia, 1999-2019.....	198
Gráfico 5 -	Evolução histórica da taxa de decisões favoráveis na primeira instância para tutelas em saúde e tutelas em geral, Colômbia, 1999-2019.....	200
Tabela 5 -	Itens solicitados via tutela em saúde segundo a cobertura (inclusão ou não no POS/PBS), Colômbia, 1999-2018.....	201
Figura 19 -	Gráficos evolução histórica dos itens solicitados via tutelas em saúde, por ano, segundo regime (2003-2019) e cobertura (2009-2019), Colômbia.....	203
Tabela 6 -	Relação entre a cobertura dos itens solicitados via tutela em saúde e o regime do demandante, Colômbia, 2009-2019.....	204
Gráfico 6 -	Proporção de tutelas segundo o tipo de instituição demandada, Colômbia, 1999-2019.....	206

Gráfico 7 -	Evolução histórica das tutelas em saúde contra EPS, entes territoriais e outras instituições, Colômbia, 1999-2019.....	207
Tabela 7 -	Caracterização estatística e correlação entre o número de tutelas por 10 mil habitantes por departamento e o IDH subnacional, Colômbia, 1999-2019.....	210
Tabela 8 -	Correlação entre o número de tutelas por 10 mil habitantes e indicadores econômicos, sociais, epidemiológicos e de gastos em saúde, Colômbia, 2003-2019.....	211
Figura 20 -	Gráficos da evolução histórica das tutelas em saúde em conexão com o direito à vida, Colômbia, 1999 a 2019.....	217
Quadro 3 -	Principais ordens emitidas e responsáveis pelas medidas, Sentença T-760, Colômbia, 2008.....	218
Quadro 4 -	Exemplos de sentenças e reiteração de jurisprudência emitidas pela Corte Constitucional pós Sentença T-760, Colômbia, 2009-2019.....	223
Figura 21 -	Mapa oficial político administrativo do Brasil.....	229
Gráfico 8 -	Taxa de crescimento populacional anual, Brasil, 1990-2020.....	230
Figura 22 -	Gráficos da taxa de desemprego e da vulnerabilidade ocupacional, por ano e média anual por mandato presidencial, Brasil, 1991-2020.....	237
Figura 23 -	Gráficos do crescimento do PNB e do PNB per capita, por ano e média anual por mandato presidencial, Brasil, 1991-2019.....	238
Figura 24 -	Gráficos do crescimento do PIB e do PIB per capita, por ano e média anual por mandato presidencial, Brasil, 1991-2019.....	239
Tabela 9 -	Caracterização estatística e correlação entre o Índice de Gini, o IDH, a mortalidade infantil e a mortalidade em menores de 5 anos e indicadores econômicos, sociais e laborais, Brasil, 1991-2019.....	240
Tabela 10 -	Valores e evolução de indicadores econômicos, sociais e de mortalidade, por mandato e por governo dos ex-presidentes FHC e Lula, Brasil, 1995-2010.....	243
Figura 25 -	Gráficos da evolução histórica do Índice de Gini, por ano e média anual por mandato presidencial, Brasil, 1991-2019.....	244
Figura 26 -	Gráficos da evolução histórica do IDH e do crescimento do IDH, por ano e por mandato presidencial, Brasil, 1990-2019.....	245
Figura 27 -	Gráficos da evolução histórica da taxa de mortalidade infantil, por ano e por mandato presidencial, Brasil, 1990-2019.....	246
Figura 28 -	Gráficos da evolução histórica da taxa de mortalidade em menores de cinco anos, por ano e por mandato presidencial, Brasil, 1990-2019.....	247

Figura 29 -	Marco histórico-legal do SUS segundo os principais componentes do sistema, Brasil, 1990-2020.....	261
Quadro 5 -	Quadro comparativo das principais características das OS e OSCIP, Brasil, 2022.....	274
Tabela 11 -	Valor empenhado para saúde em relação ao Orçamento da Seguridade Social, real e simulado (30%), Brasil, 2002-2017.....	289
Gráfico 9 -	Proporção de gastos públicos e privados em saúde por ano, Brasil, 2000-2019.....	297
Figura 30 -	Gráficos da evolução histórica do crescimento anual dos gastos em saúde, em comparação ao crescimento do PIB, Brasil, 2001-2019.....	298
Gráfico 10 -	Evolução histórica do risco de gastos catastróficos por atenção cirúrgica (% de pessoas em risco), por ano, Brasil, 2003-2019.....	299
Gráfico 11 -	Evolução histórica dos gastos do próprio bolso com saúde (% do gasto total em saúde), por ano, Brasil, 2000-2019.....	300
Tabela 12 -	Caracterização estatística e correlação entre o risco de gastos catastróficos por atenção cirúrgica e demais indicadores de gastos em saúde, indicadores econômicos, sociais, laborais e de mortalidade, Brasil, 2003-2019.....	304
Tabela 13 -	Volume e crescimento anuais de novas ações judiciais em saúde, segundo o tribunal, Brasil, 2015-2020.....	315
Tabela 14 -	Taxa de novas ações em saúde por 10 mil habitantes e IDH subnacional, por estado e região do país, Brasil, 2015-2019.....	318
Tabela 15 -	Caracterização estatística e correlação entre o número de ações novas por 10 mil habitantes, por estado, e o IDH subnacional, Brasil, 2015-2019.....	319
Figura 31 -	Desenho esquemático da trajetória em direção à Cobertura Universal da Saúde pelo SGSSS e pelo SUS, tendo em vista questões relacionadas aos contextos externos e internos, políticas e características dos dois sistemas de saúde.....	341

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	- Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACEMI	- Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral
ADAPS	- Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
ADCT	- Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
ADI	- Ação Direta de Inconstitucionalidade
AD-M19	- Alianza Democrática-Movimiento 19 de abril
ADRES	- Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
APPRI	- Acordos de Proteção e Promoção Recíproca de Investimentos
ANS	- Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANSA	- Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud
ANTHOC	- Asociación Nacional de Trabajadores y Servidores Públicos de la Salud y Seguridad Social Integral y Servicios Complementarios de Colombia
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	- Atenção Primária à Saúde
AUC	- Autodefesas Unidas da Colômbia
BID	- Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIT	- Bilateral Investment Treaties
BNDES	- Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CAI	- Comando de Atención Inmediata
CDESC	- Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
CEAF	- Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEBES	- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	- Comitê de Ética e Pesquisa
CEPAL	- Comissão Econômica para os Países da América Latina e Caribe
CF/88	- Constituição Federal de 1988
CIB	- Comissão Intergestores Bipartite
CIT	- Comissão Intergestores Tripartite
CITEC	- Comissão de Incorporação de Tecnologias
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNJ	- Conselho Nacional de Justiça

CNPMDM	- Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos
CNSSS	- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
COFINS	- Contribuição sobre o Faturamento
CONASEMS	- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	- Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONEP	- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CONITEC	- Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
COR	- Correlação de Pearson
COSEMS	- Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CPMF	- Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras
CRES	- Comisión de Regulación en Salud
CSLL	- Contribuição sobre o Lucro Líquido
DANE	- Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DATASUS	- Departamento de Informática do SUS
DESC	- Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
DNP	- Departamento Nacional de Planeación
DRU	- Desvinculação de Receitas da União
EC	- Emenda Constitucional
ELN	- Ejército de Liberación Nacional
EPS	- Entidade Promotora de Salud
FAEC	- Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FOSYGA	- Fondo de Solidaridad y Garantía
FARC	- Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia
FMI	- Fundo Monetário Internacional
GIRS	- Gestión Integral del Riesgo en Salud
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
IDMC	- Internal Displacement Monitoring Centre
IETS	- Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud
IGAC	- Instituto Geográfico Agustín Codazzi
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSPER	- Instituto de Ensina e Pesquisa

INVIMA	- Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
IPC	- Índice de Preços ao Consumidor
IPS	- Institución Prestadora de Servicio
ISS	- Instituto de Seguros Sociales
LC	- Lei Complementar
LDO	- Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	- Lei Orçamentária Anual
M-19	- Movimento 19 de abril
MAC	- Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar
MAITE	- Modelo de Acción Integral Territorial
MIAS	- Modelo Integral de Atención en Salud
MS	- Ministério da Saúde
NAT	- Núcleo de Assessoria Técnica
NHS	- National Health Service
NOAS	- Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	- Norma Operacional Básica
OAB	- Ordem dos Advogados do Brasil
OBS	- Open Broadcaster Software
OEA	- Organização dos Estados Americanos
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONG	- Organização Não Governamental
ONU	- Organização das Nações Unidas
OS	- Organização Social
OSCIP	- Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OPAS	- Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	- Piso da Atenção Básica
PAC	- Programa de Aceleração do Crescimento
PACS	- Programa Agentes Comunitários de Saúde
PAI	- Programa Ampliado de Imunizações
PAIS	- Política de Atención Integral en Salud
PBS	- Plano de Benefícios de Saúde
PDI	- Plano Diretor de Investimento
PDP	- Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo

PDR	- Plano Diretor de Regionalização
PIDCP	- Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos
PIDESC	- Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
PIB	- Produto Interno Bruto
PIC	- Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas
PLISA	- Health Information Plataform for the Americas
PLP	- Projeto de Lei de Iniciativa Popular
POS	- Plan Obligatorio de Salud
PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
PNB	- Produto Nacional Bruto
PNM	- Política Nacional de Medicamentos
PNUD	- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA	- Plano Plurianual
PPI	- Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde
PPS	- Parceria Público-Privada
PPSS	- Política de Participación Social en Salud
PSD	- Política de Seguridad Democrática
PSF	- Programa de Saúde da Família
PSS	- Protocolo de San Salvador
RAS	- Redes de Atenção à Saúde
RED	- Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud
RENAME	- Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RHO	- Correlação de Spearman
RIAS	- Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAT	- Sistema de Afiliación Transaccional
Scielo	- Scientific Electronic Library Online
SES	- Secretaria Estadual de Saúde
SGP	- Sistema General de Participaciones
SGSSS	- Sistema General de Seguridad Social en Salud
Sisbén	- Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales
SISPRO	- Sistema Integral de Información de la Protección Social

SNARIV	- Sistema Nacional para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas
SNS	- Sistema Nacional de Salud
STF	- Supremo Tribunal Federal
STJ	- Superior Tribunal de Justiça
SUDS	- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUPERSALUD	- Superintendencia Nacional de Salud
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UARIV	- Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UFMG	- Universidade Federal de Minas Gerais
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para a Infância
UN IGME	- United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation
UPC	- Unidad de pago por Capitación

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	25
2	OBJETIVOS	32
2.1	Geral	32
2.2	Específicos	32
3	MARCO TEÓRICO	33
3.1	Premissas e garantias do direito à saúde	33
3.2	Sistemas de saúde: proteção social e desafios para a efetivação do direito à saúde	42
3.3	O Direito e a judicialização da política	55
3.3.1	Sistemas jurídicos, constitucionalismo e o Novo Constitucionalismo Latino-Americano.....	56
3.3.2	Aspectos gerais da judicialização da política.....	64
4	METODOLOGIA	78
4.1	Marco metodológico	78
4.2	Coleta dos dados e informações	81
4.3	Análise dos dados e informações	85
4.4	Aspectos éticos	88
5	O CASO COLOMBIANO: MODELO DE COBERTURA UNIVERSAL EM UMA SOCIEDADE DESIGUAL E EM BUSCA DA PAZ	92
5.1	Contexto histórico, político e social: bases para o estudo do direito à saúde na Colômbia	92
5.2	O reconhecimento e as garantias do direito à saúde: políticas, reformas e desafios do SGSSS	126
5.3	A judicialização da saúde e a atuação da Corte Constitucional	189
6	O CASO BRASILEIRO: A LUTA PERMANENTE NA CONSTRUÇÃO DE UM SISTEMA UNIVERSAL	228
6.1	Contexto histórico, político e social e o direito à saúde no Brasil	228
6.2	O reconhecimento e as garantias do direito à saúde: princípios, políticas e desafios do SUS	254
6.3	A judicialização da saúde e o papel do sistema de justiça brasileiro	311
7	À GUIA DE CONCLUSÃO: COMPARANDO RESULTADOS, RECONHECENDO CONVERGÊNCIAS E REPENSANDO DESAFIOS	336

REFERÊNCIAS.....	346
APÊNDICES	
APÊNDICE 1 - Roteiro das Entrevistas.....	390
APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	391
APÊNDICE 3 - Ficha de Consentimento Informado.....	394
APÊNDICE 4 - Série histórica dos indicadores econômicos e sociais, Colômbia, 1990 a 2020.....	397
APÊNDICE 5 - Série histórica dos indicadores de saúde e mortalidade infantil, Colômbia, 1990 a 2020.....	403
APÊNDICE 6 - Série histórica dos indicadores de gastos em saúde, Colômbia, 2000 a 2020.....	405
APÊNDICE 7 - Linha do tempo do marco legal da saúde, Colômbia, 1990 a 2020.....	407
APÊNDICE 8 - Série histórica dos dados gerais sobre tutelas, Colômbia, 1992 a 2019.....	420
APÊNDICE 9 - Série histórica dos itens demandados via tutelas em saúde, Colômbia, 1999 a 2019.....	425
APÊNDICE 10 - Série histórica do número tutelas em saúde de acordo com a especialidade demandada, Colômbia, 1999 a 2019.....	428
APÊNDICE 11 - Série histórica do conteúdo das demandas em saúde (POS/PBS e Não POS/PBS) de acordo com o regime de filiação do tutelante (contributivo ou subsidiado), Colômbia, 2003 a 2008 e 2009 a 2019.....	430
APÊNDICE 12 - Série histórica dos tipos de instituições demandadas nas tutelas em saúde, Colômbia, 1999 a 2018.....	433
APÊNDICE 13 - Série histórica das EPS mais demandadas nas tutelas em saúde, segundo volume de tutelas, média de tutelas/10 mil filiados; tipo; regime e situação atual, Colômbia, 1999 a 2019.....	436
APÊNDICE 14 - Série histórica dos dados sobre tutelas em saúde por departamento, Colômbia, 1999 a 2019.....	441
APÊNDICE 15 - Série histórica do IDH subnacional, Colômbia, 1990 a 2019.....	447
APÊNDICE 16 - Série histórica dos dados sobre tutelas em saúde em conexão com os direitos à vida; à vida digna e à dignidade humana; à Seguridade Social e com outros direitos econômicos, sociais e culturais, Colômbia, 1999 a 2019.....	449

APÊNDICE 17 - Série histórica dos indicadores econômicos e sociais, Brasil, 1990 a 2020.....	451
APÊNDICE 18 - Série histórica dos indicadores de saúde e mortalidade infantil, Brasil, 1990 a 2020.....	457
APÊNDICE 19 - Série histórica dos indicadores de gastos em saúde, Colômbia, 2000 a 2020.....	459
APÊNDICE 20 - Volume de ações em saúde novas, por Tribunal de Justiça Estadual e projeção da população estadual, Brasil, 2015-2020.....	462
APÊNDICE 21 - Série histórica do IDH subnacional, Brasil, 1990 a 2019.....	463
ANEXOS -	
ANEXO 1 - Aprovação Comitê de Ética (páginas 1 e 6).....	465
ANEXO 2 - Aprovação Comitê de Ética – emenda (páginas 1 e 6).....	467
ANEXO 3 - Artigo publicado - Revista Saúde e Sociedade.....	469
A judicialização da saúde no Brasil e na Colômbia: uma discussão à luz do novo constitucionalismo latino-americano	
ANEXO 4 - Artigo publicado - Revista Derecho y Salud.....	470
Consecuencias políticas e institucionales de la judicialización de la salud en Brasil y Colombia: un análisis comparado	
ANEXO 5 - Demais produções e publicações	471
IX Congreso Iberoamericano de Derecho Sanitario	
Consecuencias políticas e institucionales de la judicialización de la salud en Brasil y Colombia: un análisis comparado.....	
8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde:	
A garantia do direito à saúde no Brasil e na Colômbia no contexto do Novo Constitucionalismo Latino-Americano.....	
Seventh Global Symposium on Health Systems Research (HSR2022):	
Una nueva mirada a la judicialización: contribuciones de un estudio comparativo de la realización del derecho a la salud en Brasil y Colombia.....	

1 INTRODUÇÃO

O objetivo deste estudo foi analisar a efetivação do Direito à Saúde no Brasil e na Colômbia em uma perspectiva comparada, em que a opção metodológica não envolveu a confrontação direta de semelhanças e diferenças entre os sistemas, mas a realização de dois estudos de casos descritivos. A partir de eixos de análise comuns, a comparação dos casos se deu pela identificação de convergências nas trajetórias para efetivação do direito à saúde em cada país. Essa escolha metodológica se justifica pela própria característica dos respectivos sistemas de saúde e jurídicos, pelos dados e informações obtidos e também pelo material das entrevistas.

O direito à saúde no Brasil é uma das grandes conquistas da sociedade organizada que, no bojo da redemocratização do país e do movimento da Reforma Sanitária, foi reconhecido pela Constituição Federal de 1988 (CF/88) como um “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). Enquanto componente do Sistema de Seguridade Social, juntamente com a previdência e a assistência social, o direito à saúde foi materializado por um conjunto de políticas econômicas e sociais e pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema público que tem entre seus princípios a descentralização, a participação, a integralidade, a igualdade e a universalidade (PAIM, 2013). Em outras palavras, todos os cidadãos têm o direito de serem atendidos pelo SUS “de acordo com suas necessidades, independentemente da sua capacidade de pagamento, da sua inserção no mercado de trabalho ou da sua condição de saúde” (OCKÉ-REIS, 2017, p.365).

Desde a implementação do SUS, diversos avanços têm sido observados no acesso à saúde pela população e sua gestão é considerada uma das mais eficientes do setor público brasileiro (MOUTINHO; DALLARI, 2019), mas há ainda muitos desafios a serem enfrentados para que o direito à saúde seja plenamente efetivado. Apesar da CF/88 trazer, em seu Art. 196, o direito à saúde como universal, o texto constitucional apresenta uma contradição ao permitir, no Art.199, que a atenção à saúde também possa ser realizada por instituições privadas, de forma complementar ao SUS (BRASIL, 1988; CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE - CEBES, 2014).

A participação do setor privado, entretanto, não se restringe à liberação de mercado, uma vez que esse setor é favorecido pela existência de subsídios fiscais, financiamento público para realizar investimentos e ainda é contemplado com a presença do setor público como comprador de serviços (PEREIRA; CASTRO; OVIEDO *et al.*, 2012; CEBES, 2014).

Labra e Buss (1995) já alertavam sobre a pressão para a privatização do sistema de saúde, não só no Brasil, mas em todo o mundo, com variações em relação ao formato e grau dessa privatização, movimento que veio acompanhado de mudanças sociais mais amplas, tendo em vista a ascensão internacional de um projeto liberal-conservador (LABRA; BUSS, 1995).

Outra contradição que se apresenta nesse processo é o chamado polo dinâmico da economia e do mercado de trabalho, composto por trabalhadores, tanto do setor privado, quanto do público, que não utiliza os serviços do SUS de forma regular, o que enfraquece a luta pela concretização do direito à saúde (OCKÉ-REIS, 2017). Há também problemas relacionados ao próprio sistema, especialmente quanto ao subfinanciamento e a aspectos estruturais da sociedade que interferem na realização dos direitos sociais, como a desigualdade e a não implementação de políticas públicas redistributivas e inclusivas (GARBOIS; VARGAS; CUNHA, 2008; PAULA; ALVES; VIEIRA *et al.*, 2009; SILVA, 2013).

Todos esses desafios são agravados por políticas de austeridade fiscal que prejudicam ainda mais o financiamento do sistema e de outras políticas sociais. Destaca-se a aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016, a qual instituiu o novo regime fiscal para a União, com vigência de 20 anos, limitando as despesas primárias referentes aos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social (BRASIL, 2016a). Os limites estabelecidos alteraram significativamente o regime das despesas mínimas a serem destinadas a ações e serviços públicos de saúde, o que reduzirá drasticamente o gasto em saúde *per capita* até 2036, principalmente diante das projeções de crescimento e envelhecimento populacional (MOUTINHO; DALLARI, 2019).

Em tempos de recessão e de supremacia política conservadora, a partir da década de 1990, retoma-se o acordo entre as elites política e econômica, com prejuízo aos direitos conquistados. Os gastos com políticas sociais são considerados o principal vilão e, os cortes, a solução, ameaçando seriamente o acesso e a qualidade da atenção à saúde (HOLST; GIOVANELLA; LINS DE ANDRADE, 2016; COSTA; RIZZOTTO, 2017). A redução de despesas públicas eleva a participação das famílias no custeio direto com sua saúde, principalmente com a ideia comumente levantada da introdução de copagamentos como complemento ao financiamento do SUS (HOLST; GIOVANELLA; LINS DE ANDRADE, 2016).

Esse cenário aproxima o sistema de saúde brasileiro do modelo de cobertura universal, atualmente defendido por organizações multilaterais como o Banco Mundial. Tal modelo pressupõe que a saúde seja responsabilidade das pessoas, famílias e empresas, cabendo ao Estado investir em ações básicas destinadas aos pobres e vulneráveis, discriminando os

grupos de acordo com sua capacidade de pagamento (ARAÚJO *et al.*, [2019?]; CEBES, 2014; HEREDIA; LAURELL; FEO *et al.*, 2015; HOLST; GIOVANELLA; ANDRADE, 2016).

Somada a esses desafios, o SUS enfrenta, desde a década de 1990, uma procura massiva pelo Poder Judiciário, a fim de se efetivar o Direito à Saúde, fenômeno conhecido como judicialização da saúde (FERRAZ, 2011; MACHADO; DAIN, 2012). Em todo o país, gestores têm que responder a milhares de ações, nas quais indivíduos ou grupos demandam algum tipo de prestação de saúde (FERRAZ, 2011).

A judicialização da saúde vem sendo estudada e discutida sob perspectivas diversas, as quais enfocam questões que vão desde as características das ações, até os efeitos para o Sistema de Saúde e os aspectos relacionados à conduta dos juízes em suas decisões. Os críticos da judicialização ressaltam o predomínio dos pleitos individuais, a desigualdade no acesso à justiça e o não respeito à separação de poderes. Ademais, se por um lado, a judicialização traz consequências orçamentárias e até criminais para os gestores, sofre, em outra ponta, a influência da indústria farmacêutica e pode provocar o agravamento das iniquidades em saúde. Ao mesmo tempo, o acesso ao judiciário é um direito garantido constitucionalmente e um mecanismo de exercício da cidadania (ANDRADE; MACHADO; FALEIROS *et al.*, 2008; BARREIRO; FURTADO, 2015; BRASIL, 1988; CAMPOS NETO; GONÇALVES; ANDRADE, 2018; FERRAZ, 2011; FLEURY, 2012; GOMES; CHERCHIGLIA; MACHADO *et al.*, 2014; MACHADO; DAIN, 2012; VALLE; CAMARGO, 2010-2011; VIEIRA, 2008).

Não obstante essas e outras discussões que envolvem esse campo, questionam-se nesta pesquisa os efeitos que o modelo político e do sistema de saúde poderão causar na efetivação do direito à saúde e no processo de judicialização no Brasil. Uma forma profícua de se antecipar resultados de mudanças políticas e reformas em sistemas de saúde é a comparação de processo com outros países, sobretudo quando se considera o legado de influência de agentes políticos internacionais.

Optou-se pela comparação com o caso da Colômbia, pois tratam-se de países cujas atuais Constituições foram construídas no mesmo momento histórico (BRASIL, 1988; COLOMBIA, 1991a), a partir de um processo de ruptura democrática contra um contexto de abusos de direitos humanos e desigualdades sociais profundas. Ao mesmo tempo, a Colômbia também apresenta um aumento expressivo de ações judiciais envolvendo o direito à saúde, além da reforma de seu sistema de saúde ter acontecido no início dos anos 1990, sob desafios estruturais convergentes com o sistema brasileiro, marcados por forte exclusão social, altos níveis de pobreza e baixo acesso a serviços públicos (BULCOURF; CARDOZO, 2008;

DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2019). O direito à saúde, no entanto, foi reconhecido de forma distinta nas duas constituições e seus sistemas de saúde assumiram modelos diferentes. Vale destacar que nos estudos comparados entre sistemas de saúde são mais frequentemente utilizados modelos europeus para as análises. A discussão entre os casos de dois países latino-americanos, portanto, pode contribuir para a identificação de desafios comuns e a busca compartilhada de soluções.

Ressalta-se que à época das reformas sanitárias, a maioria dos governos latino-americanos compartilhava ideias econômicas voltadas para o mercado, especialmente a Colômbia e o Chile, pressionados por organizações multilaterais para implementarem medidas com foco na redução do gasto social (VELEZ, 2016). O baixo crescimento econômico, a redução dos investimentos e a inflação fizeram com que a Colômbia adotasse o modelo proposto pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), trazendo como consequência a decadência dos serviços de assistência pública à saúde, principalmente da rede de hospitais (SANTOS; FERREIRA, 2015).

Proposto por Londoño e Frenk, esse modelo foi implementado na Colômbia na forma do denominado pluralismo estruturado. A característica principal do modelo é a transformação do Estado em modulador e articulador, deixando a prestação dos serviços de saúde a cargo, principalmente, do setor privado (LONDOÑO; FRENK, 1997; ALMEIDA, 1999). O *Sistema General de Seguridad Social en Salud* (SGSSS) institucionaliza duas formas de inserção da população: uma por meio de um regime contributivo, que se financia com as remunerações laborais, havendo cobertura para os trabalhadores e suas famílias. A segunda forma se dá pelo regime subsidiado, criado para assegurar a assistência à população não trabalhadora e abaixo da linha de pobreza (ALMEIDA, 1999; VELEZ, 2016).

Ainda, o sistema de saúde colombiano é composto por diversos organismos com papéis específicos que vão desde administrar, até prestar os serviços de saúde. As *Entidades Promotoras de Salud* (EPS) podem ser públicas ou privadas e operam como seguradoras e administradoras. As *Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud* (IPS), por sua vez, têm característica pública, mista, ou privada e são responsáveis por prover os serviços de atenção aos usuários de acordo com as prestações ou benefícios definidos no inicialmente chamado de Plano Obrigatório de Saúde (POS), que permaneceu diferente entre os dois regimes, contributivo ou subsidiado, até 2012 (CALDERÓN; BOTERO; BOLAÑOS *et al.*, 2011; RAMÍREZ, 2013; VELEZ, 2016).

Dessa forma, a Colômbia optou por organizar o sistema por meio de um conjunto de seguros de saúde privados, para aqueles com capacidade de pagamento, e um subsidiado, aos

que não podem contribuir, com financiamento público-privado, o que gerou a segmentação do acesso entre contribuintes e não contribuintes, com o conseqüente fortalecimento da prestação privada dos serviços (SANTOS; FERREIRA, 2015). Nesse formato, o sistema de saúde colombiano passou a ser referenciado internacionalmente como modelo de cobertura universal de saúde (HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, 2014). Ainda, a Constituição Colombiana de 1991 abriu ao setor privado a possibilidade de realizar a assistência mercantil à saúde (RAMÍREZ, 2013), o que se consolidou com a publicação da Lei 100 de 1993, marco da reforma do sistema (COLOMBIA, 1993a).

A Lei 100 lançou uma ofensiva contra os hospitais públicos, caracterizando-os como ineficientes e defendendo que a reforma os deixaria mais competitivos e que os serviços melhorariam (VELEZ, 2016). Entretanto, observam-se hoje inúmeros problemas, tais como escândalos de corrupção; altos custos de transação; fechamento de serviços básicos e incremento dos procedimentos de alto custo; crises de financiamento com redução do núcleo essencial do direito à saúde; baixa regulação do Estado; distanciamento da proposta de cidadania social; piora nos indicadores de saúde; deterioração das condições de trabalho; negação de serviços aos pacientes e iniquidades e restrição do acesso (GÓMEZ-CAMELO, 2005; SANTOS; FERREIRA, 2015; VELEZ, 2016), quadro que é agravado pelo desemprego e pela informalidade, culminando na redução das cotas contributivas (CALDERÓN; BOTERO; BOLAÑOS *et al.*, 2011).

Há problemas graves de acesso e nem mesmo os filiados do regime contributivo têm garantia de atenção, havendo copagamentos e cotas moderadoras, demora na marcação de consultas, tramites excessivos e burocráticos, fazendo com que os usuários (dos dois regimes) tenham que contratar diretamente os serviços privados e/ou acionar o judiciário (GUERRERO; GALLEGOS; BECERRIL-MONTEKIO, 2011; VELEZ, 2016).

Nesse cenário, a compreensão do contexto colombiano pode contribuir para sinalizar os efeitos das restrições impostas ao sistema de saúde brasileiro ao longo dos anos, diante do ajuste fiscal, das reformas no sistema de proteção social e do aprofundamento das desigualdades no país. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, já alertava que os obstáculos para a efetivação do direito à saúde no Brasil são de caráter estrutural, cuja transposição dependeria de mudanças nas formas de organização social da produção, bem como do combate às desigualdades dos níveis de vida e à mercantilização do sistema de saúde (BRASIL, 1986).

A presente tese foi organizada em sete capítulos, incluindo a introdução. O Capítulo 2 explicita os objetivos do estudo, definidos a partir das questões levantadas no presente

capítulo. O terceiro capítulo se refere ao Marco Teórico da investigação, no qual foram apresentados e discutidos conceitos fundamentais para as análises realizadas. No item 3.1 (Premissas e garantias do direito à saúde), partiu-se da concepção de que o direito à saúde é um direito humano fundamental e universal e que, apesar de apresentar diversos mecanismos para sua garantia em âmbito nacional, regional e mundial, enfrenta desafios para sua efetivação. Para se analisar o direito à saúde no Brasil e na Colômbia, foi importante compreender suas origens e como ele vem sendo entendido, reconhecido e garantido por meio de uma síntese a respeito dos diversos tratados internacionais e sistemas de proteção social e de saúde.

O item 3.2 (Sistemas de saúde: proteção social e desafios para a efetivação do direito à saúde) traz a discussão de que tais sistemas foram construídos sob a influência de múltiplos interesses, inclusive privados e internacionais, determinando a visão do que é o direito à saúde em cada país. Por fim, a descrição de aspectos relacionados aos sistemas de justiça e à judicialização da política, realizada no item 3.3 (O Direito e a judicialização da política), fornece parâmetros para a discussão da judicialização da saúde nos dois países.

O Capítulo 4, por sua vez, apresenta o arcabouço metodológico utilizado para se alcançar os objetivos propostos, sendo dividido em 4 itens: o 4.1 (Marco metodológico) incluiu a apresentação das referências teóricas utilizadas para a construção da abordagem metodológica e definição da estratégia de comparação e das categorias de análise; o item 4.2 (Coleta dos dados e informações) e o 4.3 (Análise dos dados e informações) descreveram as ferramentas e métodos para a obtenção e análise dos dados e informações. Os aspectos éticos do estudo constam no item 4.4.

O estudo do caso colombiano foi apresentado e discutido no Capítulo 5 (O caso colombiano: modelo de cobertura universal em uma sociedade desigual e em busca da paz), organizado em três itens correspondentes aos eixos de análise: 5.1 (Contexto histórico, político e social: bases para o estudo do direito à saúde na Colômbia; 5.2 (O reconhecimento e as garantias do direito à saúde: políticas, reformas e desafios do SGSSS); e 5.3 (A judicialização da saúde e a atuação da Corte Constitucional).

O caso do Brasil (Capítulo 6 - O caso brasileiro: a luta permanente na construção de um sistema universal) seguiu a mesma organização em três itens segundo também os eixos do estudo: 6.1 (Contexto histórico, político e social e o direito à saúde no Brasil); 6.2 (O reconhecimento e as garantias do direito à saúde: princípios, políticas e desafios do SUS; e 6.3 (A judicialização da saúde e o papel do sistema de justiça brasileiro).

O último capítulo - À guisa de conclusão: comparando resultados, reconhecendo convergências e repensando desafios - buscou, a partir do estudo dos casos colombiano e brasileiro, sintetizar os principais resultados com vistas a responder às questões de pesquisa e evidenciar o cerne dos desafios dos dois sistemas de saúde. A tese ainda traz 21 apêndices, contendo tabelas e quadros, com dados coletados nos sistemas de informação, de forma sistemática e organizada, de modo a possibilitar consultas e mesmo expandir as análises.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a efetivação do Direito à Saúde no Brasil e na Colômbia em uma perspectiva comparada.

2.2 Específicos

- Descrever e compreender o contexto sócio histórico no Brasil e na Colômbia, a partir da sua interface com a efetivação do direito à saúde;
- Descrever e compreender o processo de reconhecimento do direito à saúde e as garantias implementadas no Brasil e na Colômbia para a efetivação do direito, identificando-se avanços, retrocessos e desafios;
- Analisar a judicialização da saúde no Brasil e na Colômbia, tendo em vista as características dos respectivos sistemas jurídicos e de saúde;
- Identificar as convergências entre os dois países a partir dos resultados dois estudos de caso.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Premissas e garantias do direito à saúde

Os direitos humanos, tomados pelas bases de sua existencialidade primária, são assim os aferidores da legitimação de todos os poderes sociais, políticos e individuais. Onde quer que eles padeçam lesão, a Sociedade se acha enferma. Uma crise desses direitos acaba sendo também uma crise de poder em toda sociedade democraticamente organizada (BONAVIDES, 2013, p.575).

O direito à saúde é um direito social fundamental que, enquanto parte do direito à vida e de cidadania, constitui um marco do Estado Democrático (NOGUEIRA; PIRES, 2004; URDANETA, 2010). Nesse sentido, a atual concepção de Estado pressupõe a proteção e promoção dos direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais, tanto difusos, quanto coletivos, sendo que o grau de efetivação do direito à saúde e o respeito à vida e à dignidade de todos os seres humanos revelam a organização social e econômica de um determinado país, assim como a distribuição democrática dos seus recursos aos cidadãos (AITH, 2010; MACHADO, 2009).

Para a implementação efetiva do Estado Democrático de Direito, portanto, é necessário ampliar seu escopo para além de um governo de leis, buscando-se a superação das desigualdades e a realização da justiça social (MACHADO, 2009), com foco no reconhecimento e respeito ao direito à saúde e demais direitos humanos, tendo como princípios a indivisibilidade, a equidade, a não-discriminação, a participação social, a *accountability*, o acesso à informação e ao sistema judicial, entre outros (PAUTASSI, 2018). Um dos conceitos chave relacionados à saúde enquanto um direito humano é o princípio da participação dos cidadãos nas tomadas de decisão. Ressalta-se que a inclusão social e o reconhecimento do direito universal à saúde dependem do quanto e como as pessoas estão conseguindo ocupar os espaços sociais, políticos e institucionais (VANDERPLAAT, 2004).

Diversos autores trazem a promoção e proteção dos direitos humanos como diretamente relacionadas à efetivação do direito à saúde, dado que são ações interligadas para o alcance do bem-estar de todas as pessoas, contribuindo para o enfrentamento dos maiores desafios da saúde, o que remete ao princípio da indivisibilidade dos direitos (JUNGES, 2009; MANN; GOSTIN; GRUSKIN *et al.*, 1994). Alguns exemplos conhecidos são o impacto sobre a saúde física e mental de violações de direitos humanos como a tortura, o aprisionamento em condições desumanas e execuções sumárias ou as consequências do desrespeito ao direito à

informação sobre os efeitos do cigarro, métodos contraceptivos, avanços científicos etc. (MANN; GOSTIN; GRUSKIN *et al.*, 1994).

Pode-se se citar ainda a influência direta sobre a saúde dos povos da garantia do direito à paz. Segundo Franco (2007), “a paz é para a sociedade o que a saúde é para o indivíduo” (p.317) e exercer esse direito é exercer o direito à vida, não somente à sobrevivência, mas a uma vida com dignidade. Para o autor, ter o direito à paz garantido é ter a liberdade de experimentar a realização do próprio direito à saúde, à educação, a um salário justo e a uma moradia digna (FRANCO, 2007).

Ao mesmo tempo, a disponibilização de condições sociais adequadas está relacionada ao direito ao desenvolvimento, um direito humano que abrange a proteção às necessidades básicas da população e de justiça social por meio de políticas públicas democráticas (PIOVESAN, 2012). A justiça social e a democracia são primordiais para a concepção do direito ao desenvolvimento, uma vez que sua realização favorece iguais oportunidades a todas as pessoas quanto ao acesso a recursos básicos e à plena realização dos direitos humanos. Em outras palavras, para se propiciar a todas as pessoas as condições materiais necessárias para seu pleno desenvolvimento físico, mental e espiritual, a solidariedade, equidade e a igualdade de oportunidades devem ser a base da proteção dos direitos sociais e das políticas públicas (AITH, 2006; PIOVESAN, 2012). O direito ao desenvolvimento pressupõe favorecer as possibilidades de escolha das pessoas, de forma que se tornem beneficiárias e agentes do desenvolvimento, por meio de ações individuais e coletivas (VENTURA, 2008).

Em relação ao direito à saúde, destaca-se, por exemplo, a correlação entre as taxas de mortalidade infantil e o desenvolvimento social, mesmo comparando-se países com rendas semelhantes (ALMEIDA, 2002a), o que revela que o desenvolvimento, sobretudo o desenvolvimento humano, está relacionado à melhoria na situação de saúde da população. Nessa perspectiva, a análise da determinação social da saúde permite observar que a distribuição dos eventos em saúde relaciona-se a situações de fragilidade social persistentes e estruturais, fazendo-se necessário atuar sobre essas condições para se alcançar a justiça social e a igualdade (DE NEGRI FILHO, 2006; FLEURY, 2011).

Um dos princípios envolvidos nesse processo é a equidade, fundamento dos conceitos de igualdade, liberdade, justiça e dos direitos e deveres do cidadão e do Estado (ALMEIDA, 2002b). A equidade é o ponto de partida para a igualdade, tendo em vista reconhecimento das diferenças e das necessidades dos diversos sujeitos sociais, devendo ser um dos parâmetros para alocação de recursos e formulação de políticas públicas (GARRAFA; OSELKA; DINIZ, 1997). Assim, a igualdade formal será substituída pela igualdade material, a partir do

momento em que ações afirmativas e concretas reconheçam a diversidade e sejam orientadas pelos critérios de gênero, orientação sexual, idade, raça, etnia e demais critérios, permitindo a superação da mera igualdade “de todos perante a lei” e alcançando a igualdade correspondente ao ideal de justiça social, distributiva e com respeito às identidades (PIOVESAN, 2005, p.45).

John Rawls traz a equidade como caminho para a justiça social, sendo que a situação de igualdade entre os indivíduos se referiria a cinco bens sociais primários - liberdade, oportunidade, renda, riqueza e bases sociais da autoestima - como meios para se buscar a qualidade de vida, independentemente das aspirações pessoais (RAWLS, 1997). Visto dessa forma, entretanto, o princípio da equidade gera críticas relacionadas à limitação e fragmentação dos bens primários, ao foco nos meios e não nos fins, e à desconsideração de situações de desigualdade relacionadas a doenças, incapacidades e à diversidade. Tal crítica é importante principalmente na avaliação dos serviços e do seu impacto sobre a saúde, além de ser comum sua utilização em políticas sociais segmentadas, focalizadas e desconexas que, sob o argumento de eficiência econômica, confina a política social em um ideal de “política para pobres” e leva a uma maior estigmatização de determinados grupos sociais e ao atraso ao acesso universal a serviços básicos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS, 2005, p.41; RUGER, 2006).

No campo da saúde predomina a ideia de que as necessidades das pessoas não são iguais e de que as desigualdades injustas em saúde são problemas evitáveis (MAGALHÃES, 2004), mas ainda há discriminação social, uma violação dos direitos humanos fundamentais que traz prejuízos, particularmente de pessoas vulnerabilizadas, já que produz e agrava iniquidades e leva ao acesso desigual aos serviços e tratamentos (VANDERPLAAT, 2004). A não-discriminação, portanto, é um princípio importante para se evitar que determinados tratamentos não estejam disponíveis para todo o país e todas as pessoas (HOGERZEIL; SAMSON; CASANOVAS *et al.*, 2006). Dito de outra forma, “a discriminação ocorre quando somos tratados como iguais em situações diferentes, e como diferentes em situações iguais” (PIOVESAN, 2005, p.48).

Paralelamente, do ponto de vista jurídico, o direito à saúde pode ser visto como individual ou coletivo, sendo que o primeiro envolve a liberdade e as escolhas individuais no que se refere a tratamentos, à relação com o meio ambiente ou às condições de trabalho, por exemplo. Já no âmbito coletivo, a visão jurídica do direito à saúde pressupõe, de um lado, a subordinação dos indivíduos frente às necessidades da coletividade (por exemplo, a vacinação, a destruição de produtos impróprios para o consumo, o tratamento e/ou isolamento

em casos de algumas doenças, o controle do meio ambiente e do ambiente de trabalho etc.) e, de outro, a garantia de cuidados e serviços de saúde a todos (NOGUEIRA; PIRES, 2004).

A relação entre a efetivação do direito à saúde e a violação dos demais direitos humanos ainda pode ser vista de outra perspectiva, ou seja, a própria saúde como determinante do exercício dos outros direitos (MACHADO, 2009). Pessoas cujo direito à saúde não é garantido, geralmente, possuem menor capacidade de participar e usufruir das oportunidades trazidas por políticas públicas, como por exemplo, uma criança com baixo estado nutricional não conseguir exercer seu direito à educação (MANN; GOSTIN; GRUSKIN *et al.*, 1994), ou uma pessoa acamada não poder realizar seu direito ao voto.

Ressalta-se que, mesmo diante das premissas do direito à saúde apresentadas e do reconhecimento da saúde como direito humano, pode-se afirmar que a concepção desse direito e as formas para garanti-lo têm sido um debate constante (SANTOS; HARTZ; DELDUQUE, 2018). A conquista dos próprios direitos humanos é fruto de lutas permanentes ao longo da história para se garantir a todos condições sociais adequadas, principalmente aos mais vulneráveis.

Em relação aos direitos sociais, seu reconhecimento e institucionalização são resultado de movimentos realizados durante os séculos XIX e XX por condições dignas de vida e contra a opressão da classe trabalhadora e dos menos favorecidos. Os direitos individuais eram garantidos apenas a uma pequena parcela da sociedade e havia desigualdades sociais profundas produzidas pelo Estado Liberal - emergido no final do século anterior e voltado à expansão do capital - o que levou à introdução de políticas públicas como parte do desenvolvimento do princípio da cidadania e de igualdade (AITH, 2010; ALMEIDA, 2002b).

Nesse processo de universalização dos direitos humanos, foi desenvolvido um sistema internacional de proteção, integrado por tratados que buscam refletir a consciência ética dos Estados e assegurar parâmetros protetivos mínimos. Inicialmente, o aparato de proteção focou na igualdade formal, ignorando as diferenças e proporcionando uma proteção genérica e abstrata. Em uma segunda fase, entretanto, foi reconhecida a necessidade de se proteger grupos mais vulneráveis e a diferença passou a ser utilizada para a promoção de direitos e não sua negação (PIOVESAN, 2005).

O marco para a emergência desse sistema protetivo foi o fim da Segunda Guerra Mundial e a publicação do decreto de 1945 da Organização das Nações Unidas (ONU), o qual instituiu o mecanismo da segurança coletiva e da promoção dos direitos humanos como uma de suas principais ações. Em 1946, a Organização Mundial de Saúde (OMS) promulgou sua constituição, trazendo a primeira referência da saúde como um direito humano fundamental

em âmbito internacional (NYGREN-KRUG, 2004; SOARES, 2000). Segundo o preâmbulo da constituição, a saúde está associada à paz, à felicidade, e à segurança dos povos e “gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir, constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social” (OMS, 1946).

Dois anos mais tarde, foi publicada a Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada como base universal de proteção para todas as pessoas e nações. A Declaração também foi pioneira em relação à previsão expressa do direito à saúde, sendo abordados os direitos à vida, à saúde e à seguridade social nos artigos 3º, 22 e 25 (FALLAS, 2002; GONÇALVES, 2012; HOGERZEIL; SAMSON; CASANOVAS *et al.*, 2006; MANN; GOSTIN; GRUSKIN *et al.*, 1994; ONU, 1948). Ainda, a democracia foi trazida como o regime político capaz de garantir o pleno respeito aos direitos humanos, uma vez que cidadãos livres e iguais escolhem seus representantes e podem exercer o poder diretamente por meio da participação cidadã nas políticas do Estado (AITH, 2010).

A Declaração inovou ao introduzir a extensão universal dos direitos humanos, além de ter agregado o princípio da indivisibilidade desses direitos, a partir da combinação dos direitos civis e políticos com os econômicos, sociais e culturais (PIOVESAN, 2005; 2012). Universalidade significa a “extensão universal dos direitos humanos, com a crença de que a condição de pessoa é o requisito único para a titularidade de direitos, considerando o ser humano como essencialmente moral, dotado de unicidade existencial e dignidade” (PIOVESAN, 2005, p.44). A partir desse ponto de vista, pode-se concluir que os direitos inseridos na Declaração Universal são inerentes a todos os seres humanos e à sua dignidade, cuja universalidade é um atributo da sua própria titularidade, pois pertencem a toda pessoa humana em condições de igualdade e sem discriminação (FALLAS, 2002).

O Direito Internacional dos Direitos Humanos ainda inclui o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (PIDCP) e dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), os quais foram firmados em 1966 com o objetivo de complementar e aprofundar os dispositivos da Declaração Universal dos Direitos do Homem, conferindo-lhes materialidade por meio de um sistema com força vinculante e de responsabilização internacional (AITH, 2006; BALERA; SILVEIRA, 2013; ONU, 1966). O direito à saúde foi reconhecido como um direito social e está disposto no art. 12 do Pacto, como o “direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental”, sendo que seu pleno exercício deve ser assegurado por meio de medidas para redução da mortalidade e da mortalidade infantil; para o desenvolvimento das crianças de forma saudável; para melhoria dos aspectos de

higiene do trabalho e do meio ambiente; para a prevenção e tratamento das doenças e para criação de condições que assegurem a todos assistência e serviços médicos (ONU, 1966).

Ao longo do seu texto, além do direito à saúde, o PIDESC reconheceu como direitos sociais e culturais, os direitos relativos ao estabelecimento de padrões dignos de vida, o que inclui, o direito à proteção contra a fome; à educação; à proteção da maternidade, da infância e da adolescência; à água; à vestimenta, à moradia; à participação dos indivíduos na vida cultural da comunidade; ao gozo do progresso científico e à proteção dos patrimônios históricos e culturais das comunidades. Os direitos econômicos, por sua vez, referem-se aos direitos à produção e à distribuição de riqueza, inclusive seu consumo, e estão relacionados às relações de trabalho, tais como direito ao trabalho digno; ao salário igual por trabalho igual; à filiação sindical; à liberdade de inserção profissional; à previdência e seguro social; ao repouso e lazer, dentre outros (AITH, 2006; MAILLART; COUTO, 2013; MEYER-PFLUG; LISBOA, 2013; ONU, 1966).

Ressalta-se que os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (DESC) não são autoaplicáveis, uma vez que demandam prestações positivas por parte do Estado, bem como mecanismos de garantia que excedem os dispositivos jurídicos que são, muitas vezes, suficientes para os direitos civis e políticos. Assim, os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (DESC) estão condicionados à atuação do ente estatal e têm como instrumento de realização mais importante a implementação de políticas públicas, com a adoção de medidas econômicas e técnicas até o máximo de seus recursos disponíveis (MEYER-PFLUG; LISBOA, 2013; OPAS, 2005). Os direitos sociais, portanto, proporcionam melhores condições de vida aos mais vulneráveis, buscando a reparação de situações sociais desiguais e a obtenção da igualdade real (SILVA, 2018).

Devido ao seu caráter intervencionista, os DESC são considerados por diversos tratados internacionais, direitos de realização progressiva, o que dificulta o controle da garantia e das violações desses direitos e possibilita que os Estados se defendam das sanções previstas no ordenamento internacional, sob o argumento de que estão implementando os referidos direitos de acordo com suas capacidades (AITH, 2006; OPAS, 2005). Deve-se atentar para que tal argumento não ofusque as críticas em relação à sua não efetivação e facilite a adoção de medidas que levem ao seu retrocesso (MOUTINHO; DALLARI, 2019; NOGUEIRA; PIRES, 2004).

Para monitorar a garantia pelos Estado-parte dos direitos econômicos, sociais e culturais previstos no PIDESC, foi instituído o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CDESC), cujas observações trazem como direitos prioritários, o direito de emprego

aos desfavorecidos e marginalizados; o acesso à alimentação que garanta que ninguém padeça de fome; o fornecimento de medicamentos essenciais; a garantia ao ensino fundamental gratuito e obrigatório a todos e o acesso a um sistema de seguridade social (MAILLART; COUTO, 2013).

Em 1969, três anos após a instituição do PIDESC, foi firmada em âmbito regional a Convenção Americana de Direitos Humanos, também conhecida como Pacto de San José da Costa Rica, a qual faz referência ao Direito à Saúde de forma indireta, havendo menção quanto à sua proteção e respeito por meio de medidas como o combate à tortura e o pleno respeito à vida, além da progressividade dos direitos sociais em geral (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS - OEA, 1969). O Pacto de San José é considerado um dos pilares do Sistema Regional Interamericano de Proteção dos Direitos Humanos, um sistema complementar ao sistema global, inserido em uma região com elevado grau de exclusão e desigualdade social, que ainda convive com a herança de regimes autoritários, marcados pela violência, impunidade e pelo precário respeito aos direitos humanos (PIOVESAN, 2005; 2012).

Com foco no direito à saúde, em 1978, foi promulgada a Declaração de Alma Ata, um dos instrumentos internacionais mais marcantes em relação à garantia desse direito, já que supera a visão reducionista da saúde, englobando os fatores mentais e sociais e enfatizando a importância e priorização da Atenção Primária à Saúde (APS) e o fornecimento de medicamentos essenciais. Na Declaração, a saúde é um objetivo social que para ser atingido necessita da união de vários setores da sociedade e que a desigualdade no estado de saúde dos povos é inaceitável, tendo a participação social como um direito e um dever (HOGERZEIL; SAMSON; CASANOVAS *et al.*, 2006; JUNGES, 2009; MANN; GOSTIN; GRUSKIN *et al.*, 1994; OMS, 1978; SOUZA; BOTAZZO, 2013).

Dez anos mais tarde, inserido no Sistema Regional Interamericano de Proteção dos Direitos Humanos, foi estabelecido o Protocolo de San Salvador (PSS) ou Protocolo Adicional à Convenção Americana dos Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que devido à sua ênfase nos DESC, menciona diretamente o direito à saúde no art.10, sendo estabelecido o dever dos Estados em reconhecer a saúde como bem público, com foco no atendimento primário à saúde; extensão a todos sujeitos à jurisdição do Estado; total imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e tratamento; educação da população sobre prevenção e tratamento dos problemas da saúde e satisfação das necessidades de saúde dos grupos de mais alto risco (OEA, 1988). Paralelamente, o PSS é visto como um marco que combina obrigações, *accountability* e

evidência empírica dos direitos à saúde, à educação, e a diversos outros direitos sociais. Tal sistema ainda envolve a garantia de proteção de crianças, adolescentes, idosos, populações indígenas, grupos étnicos e pessoas vulnerabilizadas, incorporando a perspectiva de gênero (PAUTASSI, 2018).

Outro instrumento importante do aparato de proteção dos direitos humanos foi a Declaração de Direitos Humanos de Viena (1993), a qual enfatizou a proteção aos grupos vulneráveis e a saúde como parte intrínseca à realização de todos os direitos (ONU, 1993), o que foi ratificado pelo Comentário Geral N° 14 do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU (ONU, 2000). Esse comentário, referente ao art.12 do PIDESC, destacou ainda que a saúde é um direito humano fundamental, cuja aplicação - tanto nos momentos de prevenção, proteção e recuperação da saúde - depende das condições prevalentes nos Estados: acessibilidade, aceitabilidade e qualidade. Além disso, segundo o documento, os Estados devem adotar medidas positivas que facilitem o exercício do direito à saúde, assim como respeitar (não interferir no exercício do direito), proteger (adotar medidas que impeçam a interferência de terceiros no exercício do direito) e cumprir (adotar medidas legislativas, administrativas e judiciais) a tutela desse direito (GONÇALVES, 2012; ONU, 2000; TEJADA; MARÍN; JIMÉNEZ, 2010).

Nesse sentido, o Comentário Geral N° 14 estabeleceu a dimensão e o conteúdo normativo do direito à saúde como um direito inclusivo, considerando os cuidados de saúde, os recursos, a aceitação de práticas culturais e a qualidade dos serviços, mas também destacou os determinantes sociais de saúde correlacionando-os ao acesso à água de boa qualidade e potável, ao saneamento adequado, à educação e à informação em saúde (NYGREN-KRUG, 2004). O Comentário, portanto, trouxe o entendimento do direito à saúde como um direito individual e coletivo, a partir do momento em que envolve o direito a um sistema de proteção que fornece oportunidades iguais para as pessoas desfrutarem o nível máximo de saúde possível (VARGAS-PELÁEZ; ROVER; LEITE *et al.*, 2014).

Recentemente, no ano de 2018, em comemoração aos 40 anos da Declaração de Alma-Ata, foi realizada a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde em Astana, que ao contrário de sua precursora, incorpora princípios relacionados à cobertura universal de saúde, limitando a abrangência do direito à saúde e a integralidade da APS (GIOVANELLA; MENDONÇA; BUSS *et al.*, 2019). Vale ressaltar que a Declaração de Astana, apesar de enfatizar o caráter emancipatório da APS e a atuação sobre os determinantes sociais da saúde, ao adotar a cobertura universal de saúde como eixo norteador, alinha-se aos interesses do mercado, uma vez que esse modelo tem como diretrizes a redução do papel estatal, subsídios

à demanda, seletividade e implementação de políticas de saúde focalizadas (GIOVANELLA; MENDONÇA; BUSS *et al.*, 2019; OMS, 2018).

A partir do resgate das principais garantias em âmbito internacional do direito à saúde, observa-se que esse direito está relacionado à dinâmica da sociedade e do Estado, cujas respostas às questões da saúde são dadas de acordo com cada contexto (SANTOS; HARTZ; DELDUQUE, 2018). Além disso, sua previsão como direito humano nos diversos tratados mundiais e regionais faz com que o direito à saúde seja protegido por todos os mecanismos intrínsecos aos próprios direitos humanos, tanto em âmbito diplomático, quanto nos tribunais regionais (SOARES, 2000). Essa abordagem ultrapassa a visão dos direitos humanos como meros objetivos compartilhados, criando obrigações legais e parâmetros para a formulação de políticas públicas e tomada de decisões (ROBINSON, 2007).

Diversos países assinaram ou ratificaram pelo menos um tratado de direitos humanos reconhecendo o direito à saúde, o que significa que os Estados assumiram as várias responsabilidades relativas aos direitos humanos (HOGERZEIL; SAMSON; CASANOVAS *et al.*, 2006; NYGREN-KRUG, 2004). Ressalta-se que, ao se tornar parte de um tratado de direitos humanos, o Estado signatário cria uma obrigação internacional, com compromisso diante da população do país. Em relação ao PIDESC, por exemplo, quando um país adere, assina ou ratifica o Pacto, além de estar obrigado a implementá-lo (ainda que de forma progressiva), acolhe o alicerce legal sobre o direito à saúde, devendo iniciar ações concretas para a efetivação total do Art.12 e garantir o direito universal à saúde, sem qualquer discriminação (HOGERZEIL; SAMSON; CASANOVAS *et al.*, 2006).

Além de se tornar parte de um tratado internacional, alguns países reconheceram constitucionalmente o direito à saúde, ou de modo mais restrito, o direito à assistência à saúde, ou seja, os governos se comprometeram em realizar esse direito, podendo ser criticados por sua não efetivação e até mesmo serem contestados por advogados e autoridades tendo como fundamentos os princípios dos direitos humanos (ROBINSON, 2007). Na América Latina, especificamente, diversos países reconhecem o direito à saúde, dos quais grande parte incluiu alguma menção sobre esse direito na constituição ou ratificou algum tratado internacional, como o Protocolo de San Salvador (PAUTASSI, 2018).

A real garantia do direito à saúde, entretanto, ainda é um desafio, que depende de inúmeros fatores como o nível de desenvolvimento de cada país e seus padrões de distribuição socioeconômica, combinados com especificidades do sistema de saúde, mas principalmente do quanto esse direito é prioritário na agenda pública e governamental (ROBINSON, 2007; VENTURA, 2008). Nos países em desenvolvimento, a relação entre o estado de saúde da

população e a estabilidade econômica é ainda mais estreita devido ao fato de grande parte das pessoas estar em condições de vulnerabilidade ligadas à pobreza, o que é agravado em períodos de crise (HOPKINS, 2006).

O grau de implementação e efetivação do direito à saúde, portanto, envolve a transformação da subjetividade das constituições em ações e políticas efetivas (SANTOS; HARTZ; DELDUQUE, 2018). Como sua garantia depende de prestações positivas por parte do Estado, o direito à saúde é comumente interpretado como assistência ou acesso a bens e serviços de saúde, o que não reflete sua amplitude, uma vez que não pode ser restrito a ineficiências administrativas, nem desvinculado da busca pela justiça social (GARRAFA; OSELKA; DINIZ, 1997; MACHADO, 2009). Do mesmo modo, ao ser visto somente como um direito positivo, deixa-se de considerar seu caráter de defesa (ou negativo), ou seja, a sua proteção diante de todos os perigos, como danos à saúde causados por terceiros e pelo próprio Estado (AITH, 2010; DALLARI, 2010).

3.2 Sistemas de saúde: proteção social e desafios para a efetivação do direito à saúde

A efetivação do direito à saúde possui estreita relação com o desenho do sistema e com as políticas de saúde implementadas que, por sua vez, são determinados pelo significado de saúde para a sociedade e pelos modelos de proteção social e de desenvolvimento adotados em cada país. Além disso, há desafios concernentes ao quanto as políticas sociais são priorizadas, principalmente em momentos de crises e ajustes econômicos, e à influência exercida por organismos internacionais.

Para Ruger (2006), definir o escopo e o conteúdo do direito à saúde é um dos maiores desafios para sua operacionalização, mas é necessário para se delinear as obrigações estatais e não estatais, assim como identificar as violações e diretrizes para sua garantia. A plena efetivação do direito à saúde, portanto, depende da organização social em termos de redistribuição de recursos, pressupondo o compromisso ético de todos os indivíduos com o objetivo de se garantir saúde para todos (RUGER, 2006). A própria definição de política de saúde diz sobre sua função em determinada sociedade, ultrapassando as questões técnicas e normativas e dirigindo-se para o conteúdo axiológico que as orientam e para o tipo de solidariedade vigente (FLEURY; OUVÉNEY, 2008).

Em sociedades liberais, por exemplo, o Estado assume o papel de preservar o direito individual, a ordem e a lei, garantindo, em segundo plano, o direito negativo à saúde e, em alguns casos, realizando ações de saúde pública. Por outro lado, nas sociedades progressistas

ou que flertam com a social-democracia, o Estado atua para além do direito individual e o direito à saúde assume titularidade coletiva, havendo a busca pela igualdade sanitária inserida no referencial da cidadania (NOGUEIRA; PIRES, 2004).

Esse referencial tem como principal expoente o sociólogo britânico Thomas H. Marshall (1967), o qual traz a discussão da cidadania como determinante da redução da desigualdade social e da democratização da política. Nessa perspectiva, a cidadania representa um status conferido aos membros de uma comunidade, fazendo com que todos sejam iguais em direitos e obrigações. O autor ainda desdobra o conceito de cidadania em três elementos: o civil, composto pelos direitos relacionados à liberdade individual, inclusive o direito à justiça; o político, representado pelo direito de participar do exercício do poder político, como membro elegível a um mandato ou como eleitor; e o social, composto pelo direito a um mínimo de bem-estar econômico e ao legado social prevalente na sociedade, tendo como objetivo - mais do que o aumento da capacidade consumo - a redução das diferenças de classe (MARSHALL, 1967).

Cada elemento está relacionado a instituições distintas, conferindo um caráter complementar (e mesmo fragmentado) ao alcance pleno da cidadania. O elemento civil está intimamente associado aos tribunais de justiça, enquanto o político e o social estão ligados, respectivamente, ao parlamento e conselhos de governos locais e ao sistema educacional e serviços sociais. O desligamento entre as instituições e a separação entre os três elementos, fizeram com que cada componente seguisse uma trajetória cronológica diferente, sendo implementados em períodos distintos da história, em uma lógica causal. Em outras palavras, os direitos civis promoveram o desenvolvimento dos direitos políticos, os quais, por sua vez, favoreceram a implementação dos direitos sociais por meio da participação política (MARSHALL, 1967). O desenvolvimento da cidadania visto dessa forma, entretanto, é verdadeiro no caso da Inglaterra, por exemplo, mas não no alemão, onde a conquista dos direitos sociais precedeu a consolidação dos direitos civis e políticos (FLEURY; OUVÉNEY, 2008; VIANA; SILVA, 2014).

Na medida em que foi consolidada a partir de movimentos sociais e de lutas por melhores condições de vida e contra a exclusão social, a cidadania se apresenta como definidora do caráter da proteção social de cada país, uma vez que pressupõe a participação ativa dos cidadãos e o compartilhamento de direitos e deveres por parte dos indivíduos e do Estado. A proteção social se consolida com a implementação políticas sociais, tornando-se um instrumento para se distribuir recursos e oportunidades, bem como promover a igualdade, a integração social e os valores humanos e de cidadania (FLEURY; OUVÉNEY, 2008).

O primeiro sistema de proteção social foi implementado na Alemanha, em 1885, por Bismarck. Esse sistema era voltado para o trabalhador e tinha como finalidades o desenvolvimento do estado nacional, o fortalecimento da sociedade capitalista e industrializada e a atenuação das lutas de classes no país. A partir desse marco, os sistemas de proteção social praticados apresentavam como características a regulação por normas nacionais; a cobertura de riscos padronizados; a tendência de cobrir faixas cada vez mais amplas de pessoas e categorias profissionais; a natureza obrigatória (para os grupos ou para o Estado); o financiamento misto (Estado, empregadores e trabalhadores) e o reconhecimento da proteção social como direito (VIANA; SILVA, 2014).

Com o passar dos anos, como resposta ao modelo capitalista e industrial de sociedade, caracterizado pela ampliação dos mercados, divisão do trabalho e pela desigualdade econômica, os sistemas de proteção social foram se desenvolvendo, culminando com o advento dos Estados de Bem-Estar Social ou *Welfare States*. Nessa perspectiva, a transformação do Estado se deu pela conquista e expansão dos direitos civis, políticos e sociais, tendo como nortes a interferência política na economia, o fortalecimento das instituições públicas, e a construção de políticas distributivas e de amplos sistemas de saúde, educação e assistência social (FLEURY; OUVÉNEY, 2008).

O termo *Welfare State* surgiu na Inglaterra nos anos 40, após o fim da segunda guerra mundial, o que também significou um contraponto ao sistema nazista e o desejo de viver em um mundo diferente, mais justo e solidário (VIANNA, 1998). Entretanto, há diferentes graus de implementação dos Estados de Bem-Estar Social e diante das heterogeneidades históricas no que se refere às dinâmicas sociais e políticas, às configurações das estruturas estatais e, principalmente, às condições de cidadania, classificá-los se torna uma tarefa extremamente complexa, culminando com a existência de diversas tipologias (FLEURY; OUVÉNEY, 2008; VIANA; SILVA, 2014; VIANNA, 1998).

Um das classificações mais utilizadas é a de Esping-Andersen (1990), a qual divide os vários regimes de *Welfare States* em três grandes grupos (ou *clusters*), tendo como base a qualidade dos direitos sociais, a estratificação social e a relação entre o Estado, o mercado e a família. O primeiro grupo engloba EUA e Austrália e se refere ao modelo liberal ou residual, em que há a predominância de benefícios mínimos, baseados na assistência social, ou seja, voltados para pessoas de baixa renda ou dependentes do Estado, com desvinculação da ideia de direito. Os critérios de elegibilidade são estritos e estigmatizantes e o mercado (de forma subsidiada ou não) é que organiza a sociedade e a distribuição dos bens e serviços, que são privados (ESPING-ANDERSEN, 1990). Esse regime, portanto, tem como valores a liberdade,

o individualismo e a igualdade de oportunidades, enfatizando a capacidade de autorregulação do mercado e restringindo a intervenção estatal às situações em que as necessidades dos indivíduos e segmentos sociais não são supridas pelos chamados “canais naturais”: esforço individual, família, mercado e redes comunitárias (FLEURY; OUVÉNEY, 2008; VIANA; SILVA, 2014; VIANNA, 1998).

O segundo modelo, denominado de corporativista ou conservador, pode ser encontrado na Áustria, França, Alemanha e Itália e, ao contrário do modelo liberal, não se fundamenta na obsessão pela eficiência do mercado e pela mercantilização e a garantia dos direitos sociais raramente é contestada. A distribuição desses direitos, no entanto, é hierarquizante e segmentada por classes e status, situação mantida pelo próprio Estado, mesmo assumindo o papel de provedor, o que demarca o caráter corporativista ao regime (ESPING-ANDERSEN, 1990). Há ênfase no mérito, ou seja, aqueles grupos que contribuem mais (ou são isentos de forma considerada socialmente legítima), têm direito a compensações e benefícios diferenciados, proporcionais às suas contribuições, o que não assegura uma desmercantilização total. Dadas essas características e sua fundamentação no seguro social, esse modelo ainda é chamado de bismarkiano ou “alemão” (FLEURY; OUVÉNEY, 2008; VIANNA, 1998).

O terceiro (e menor) grupo se refere aos representantes da chamada social-democracia e é composto pela Suécia, Noruega e Inglaterra, países que têm o universalismo e a desmercantilização dos direitos sociais como princípios, buscando superar a separação entre classes e entre o Estado e o mercado. Os sociais-democratas promovem a igualdade, com serviços e benefícios amplos e avançados para todos, independentemente de sua inserção profissional e de contribuições anteriores. Além disso, sua principal característica é a união entre bem-estar social e trabalho, com foco no pleno emprego como direito e como condição para manutenção dos investimentos sociais (ESPING-ANDERSEN, 1990). Desse modo, a social-democracia corresponde ao mais alto grau do *Welfare State*, trazendo a noção de seguridade social, a qual simboliza a responsabilização social e pública pela sobrevivência e sustento de cada cidadão (VIANNA, 1998). Nas palavras da autora:

A seguridade social consiste justamente num pacto pelo qual os desiguais habitantes de um país reconhecem na cidadania uma medida de igualdade, não apenas formal, mas substantiva, que a todos capacita ao gozo do patrimônio comum de uma vida digna e civilizada. E o Estado moderno, pelo seu caráter de arena pública, vale dizer, referência de todos os membros da comunidade política, é “espada”¹ que protege este pacto, o guardião dos direitos coletivos (VIANNA, 1998, p.11).

¹A expressão faz referência à obra de Thomas Hobbes, *Leviatã*, especificamente à citação “E os pactos sem a espada não passam de palavras, sem força para dar qualquer segurança a ninguém” (VIANNA, 1998, p.11).

O Plano Beveridge, lançado em 1942 na Inglaterra, marcou a origem do modelo de seguridade social, que realiza a redistribuição dos bens e serviços por meio das políticas sociais, buscando compensar as desigualdades geradas pelo mercado, por isso o terceiro grupo também é chamado de Beveridgiano (FLEURY; OUVÉRY, 2008). As condições de desenvolvimento dos diversos tipos de Estados de Bem-Estar Social, assim como os próprios grupos, não são homogêneas. Esping-Andersen (1990) aponta três fatores como determinantes das diferenças entre os regimes: o padrão de formação e mobilização da classe trabalhadora; a construção de coalizões políticas, especialmente na transição de uma economia rural para uma sociedade concentrada na classe média e a característica das reformas prévias como decisiva na institucionalização do comportamento político e preferências das classes.

Vale lembrar que tais fatores e as características dos modelos de proteção social implementados em cada país estão relacionados aos seus respectivos sistemas de saúde. A mercadorização, por exemplo, marcou o desenvolvimento de diversos sistemas, sendo que, ao mesmo tempo em que houve a desmercantilização do acesso aos serviços, ocorreu a mercantilização de sua provisão, com a eclosão do complexo industrial da saúde (VIANA; SILVA, 2014). Segundo Gadelha (2003, p.523), esse complexo envolve “um conjunto interligado de produção de bens e serviços em saúde que se movem no contexto da dinâmica capitalista”, ou seja, o processo de desenvolvimento do setor vem seguindo um modelo empresarial, mesmo nos serviços públicos ou naqueles onde o lucro não é a finalidade principal.

A organização do complexo industrial da saúde engloba três grupos de atividades, havendo uma relação de interdependência entre as indústrias produtoras de bens de consumo e equipamentos (primeiro e segundo grupos) e as prestadoras de serviço que consomem esses produtos (terceiro grupo). O primeiro grupo é composto pelas indústrias farmacêutica, de vacinas, hemoderivados e de reagentes, enquanto o segundo envolve, além de equipamentos, a produção de instrumentos mecânicos e eletrônicos, órteses, próteses e materiais de consumo, com uma alta capacidade tecnológica e de inovação. O terceiro grupo, por sua vez, inclui os serviços e unidades de saúde (hospitais, unidades ambulatoriais, de diagnóstico e de tratamento), os quais organizam o consumo dos produtos pela população e são impactados fortemente pelas mudanças nas práticas trazidas pelos avanços do segundo grupo (GADELHA, 2003).

O processo de mercantilização da provisão dos serviços também envolve o assalariamento dos profissionais, particularmente dos médicos, a partir do surgimento e fortalecimento dos planos e seguros de saúde (VIANA; SILVA, 2014). No caso dos serviços

públicos e não lucrativos, observa-se a adoção de metas de desempenho fundamentadas em um padrão mercantil, tais como produção, qualidade, custos e focalização de clientela (GADELHA, 2003).

Ao mesmo tempo, os sistemas de saúde enfrentam investidas constantes pela retirada do Estado, com o objetivo de deixar a assistência à saúde da população a cargo do mercado. O discurso privatista alega que o Estado é ineficiente, argumento que não se sustenta, uma vez que os usuários de planos de saúde, por exemplo, enfrentam inúmeras batalhas para transpor as seletividades dos contratos, além de haver práticas abusivas, principalmente em relação às populações mais vulneráveis, como os doentes crônicos e os idosos (LABRA; BUSS, 1995). Mesmo sistemas privatizados requerem um Estado forte e presente, com capacidade de regular e controlar as condutas das entidades privadas mediante estratégias sistemáticas, ou seja, a tese do mercado eficiente e perfeito, que se autorregula a partir da demanda, com primazia do consumidor, não é verdadeira no campo da saúde (HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, 2001; LABRA; BUSS, 1995).

Há diversas formas de se privatizar um sistema de saúde: pela transferência da titularidade do aparato assistencial para entidades privadas; pela contratação dessas entidades para provisão dos serviços; pela cobrança de copagamentos dos usuários; entre outras. Na América Latina há ainda a pressão pela concessão de subsídios para compra de planos e serviços privados pelos grupos carentes, além da focalização das políticas e descentralização dos serviços (LABRA; BUSS, 1995).

Dessa forma, nas propostas voltadas aos interesses do complexo industrial da saúde, costuma-se restringir o papel do Estado aos serviços de atenção básica e prevenção, deixando a média e alta complexidades para o setor privado, cuja oferta depende da geração de lucros e, o acesso, da capacidade individual em adquirir os serviços (FLEURY; OUVÉREY, 2008). Mesmo em sistemas de saúde com forte caráter privatista, há a sobrecarga financeira do Estado, uma vez que assume um papel decisivo para a manutenção da dinâmica do complexo a partir da sua capacidade regulatória e de compra dos bens e serviços, com a socialização dos custos (FLEURY; OUVÉREY, 2008; GADELHA, 2003). Além disso, o desenvolvimento tecnológico e sua incorporação nos sistemas, não elimina a necessidade de exames complementares e do trabalho do profissional de saúde em seu processo de cuidado, gerando maior demanda por recursos (LABRA; BUSS, 1995).

Apesar dos sistemas de saúde contemporâneos serem similares quanto à difusão e incorporação tecnológicas e à percepção da saúde como geradora de valor, há diferenças no que se refere à relação entre o Estado e o complexo industrial da saúde e ao seu grau de

mercantilização e privatização. Os sistemas ainda variam quanto a aspectos específicos, como o arcabouço legal; o acesso da população; a infraestrutura e a organização dos serviços; o financiamento; o desempenho; entre outros. Como abordado anteriormente, tais características são determinadas pela história do país, bem como pelo seu nível de desenvolvimento socioeconômico e de justiça social, pela capacidade dos Estados, por fatores culturais e políticos, pelos atores envolvidos e, principalmente, pelos valores compartilhados na sociedade e pela prioridade da saúde na agenda política (ALMEIDA, 2002a; CONILL, 2012; LABRA; BUSS, 1995; VENTURA, 2008).

Por outro lado, há aspectos comuns que impõem desafios importantes aos sistemas como a crescente especialização e subespecialização do campo médico, o enfoque científico da doença e da medicina, as mudanças nos padrões de morbimortalidade e as transições epidemiológica, demográfica e nutricional (LABRA; BUSS, 1995). A identificação dessas e outras convergências, não obstante as especificidades de cada sistema, permite o agrupamento dos países segundo uma tipologia de três modelos de sistemas de saúde que tende a acompanhar a classificação dos sistemas de proteção social.

Em países como Reino Unido, Espanha, Itália e os escandinavos, o modelo utilizado é o Sistema Nacional de Saúde, cujos princípios são a cidadania, a integralidade, o acesso universal, o financiamento público a partir de recursos fiscais e a prestação pública dos serviços de forma predominante. Embora possam apresentar limitações de atendimento, listas de espera e pouca liberdade de escolha por parte dos cidadãos, os Sistemas Nacionais possuem custos moderados ou baixos, são mais eficientes, mais solidários e tendem a atingir melhores resultados de saúde que os outros modelos (GIOVANELLA; MENDOZA-RUIZ; PILAR *et al.*, 2018; VIANA; SILVA, 2014).

No caso da França e da Alemanha, por sua vez, o modelo adotado é o Sistema de Seguro Social, em que há a combinação de um sistema público e um profissional. O financiamento do sistema como um todo é realizado pelas contribuições sociais dos trabalhadores e seus empregadores e, apesar do alto custo, os usuários podem usufruir dos serviços como preferirem, o que torna frequente o excesso de utilização (VIANA; SILVA, 2014). Por outro lado, o fato do acesso estar atrelado à necessidade e não ao valor das contribuições, faz com esse modelo seja alicerçado na solidariedade (GIOVANELLA; MENDOZA-RUIZ; PILAR *et al.*, 2018).

Por fim, pode-se citar o Modelo de Livre Mercado, representado pelos EUA e onde a prestação e o financiamento dos serviços são privados, por meio de seguros/planos de saúde obrigatórios (pagos pelo trabalhador ou seu empregador) ou pelo pagamento direto (VIANA;

SILVA, 2014). O acesso está relacionado ao poder de compra dos usuários, o que penaliza os autônomos, desempregados e os mais pobres, os quais não podem arcar com o alto custo e/ou são atendidos em serviços de pior qualidade, fazendo com que a saúde deixe de ser um direito de cidadania (FLEURY; OUVENEY, 2008; VIANA; SILVA, 2014).

Há ainda países que combinam esses três modelos em um *mix* público-privado de características diversas, principalmente na América Latina, onde os modelos mistos predominam em razão do movimento pela privatização dos sistemas de saúde. Há convergências em relação à segmentação dos serviços, fragmentação da cobertura entre ricos, trabalhadores e pobres e duplicidade de ações e de vinculação dos profissionais, mas com variações nas formas de financiamento e relação Estado-mercado (HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, 2001; CONILL, 2012; VIANA; SILVA, 2014).

As reformas nos sistemas de saúde na região acompanharam os ajustes e políticas voltadas para o mercado nos anos 1970-1980, quando eclodiu uma crise econômica que afetou drasticamente o Estado de Bem-Estar Social e provocou questionamentos quanto à atuação do Estado enquanto provedor e financiador dos serviços (ALMEIDA, 2002b; HOMEDES; UGALDE, 2011). Vale ressaltar que a crise do *Welfare State* se originou na crise do próprio capitalismo, em grande medida pelo colapso do sistema fordista de produção e pelo baixo crescimento das principais economias mundiais, provocando altas taxas de desemprego, precarização do trabalho e redução da arrecadação e das contribuições sociais (MARQUES; MENDES, 2002).

Em 1979, a crise econômica ainda foi agravada pelo segundo choque do petróleo e pela mudança da política monetária americana, com redução drástica do valor das matérias-primas, o que obrigou muitos países latino-americanos a solicitarem empréstimos ao FMI e ao Banco Mundial, provocando o agravamento de sua dívida externa (HOMEDES; UGALDE, 2011; PEREIRA, 2018). Essas organizações multilaterais começaram, então, com a implementação do Acordo Geral sobre Comércio e Serviços e dos tratados de Livre Comércio, a promover a descentralização e privatização dos serviços com a entrada de seguradoras e prestadoras estrangeiras. Apesar do argumento de que a finalidade dessas reformas seria de ampliar a cobertura e melhorar a equidade, eficiência e qualidade dos serviços na região, o objetivo real foi facilitar a entrada do setor privado e flexibilizar as relações de trabalho para se reduzir a força dos sindicatos e a oposição à nova agenda reformista (HOMEDES; UGALDE, 2011).

A crise, portanto, apresentou-se como oportunidade para as agências internacionais induzirem reformas na América Latina, não somente nos sistemas de saúde, mas também

econômicas e nas políticas sociais de uma forma geral. A partir dos empréstimos, foram estabelecidos duros condicionantes, além de sanções no caso de descumprimento, o que acarretou no aumento das desigualdades (ALMEIDA, 2002a; 2002b; PEREIRA, 2018). O Banco Mundial, por exemplo, determinou que os países deveriam promover a estabilidade econômica e monetária; manter o ajuste fiscal; deslocar os recursos para a exportação de commodities e capital humano e realizar a privatização de empresas e a terceirização de serviços públicos, fazendo com que o setor privado se tornasse o condutor do crescimento econômico e o Estado um parceiro do mercado e um facilitador desse crescimento. Além disso, para o Banco, o combate à pobreza dependia da liberalização econômica, com distribuição de parte dos resultados alcançados (PEREIRA, 2018).

No campo da saúde, a indução das reformas ocorreu nos mesmos moldes empresariais com a “colonização da gestão pública do setor pela Economia” (PEREIRA, 2018, p.2194). Em um documento publicado em 1987, o Banco defendeu a redução da responsabilidade dos governos pelo financiamento dos serviços, especialmente dos mais ricos, para que pudesse regular os provedores privados e investir na atenção aos pobres e em políticas coletivas, como vacinação, controle de doenças transmissíveis, entre outras. O Banco ainda recomendou a busca pelo financiamento próprio (do próprio bolso) e alegou que sistemas gratuitos e universais não funcionam, pois sobrecarregam os sistemas tributários e levam a uma super utilização dos serviços de alta complexidade (BANCO MUNDIAL, 1987). Desde então, a atuação do Banco Mundial buscou fortalecer os conflitos entre a eficiência do mercado *versus* incompetência do Estado e entre equidade e eficiência (PEREIRA, 2018). Os modelos de sistema baseados no mercado, como o pluralismo estruturado, viriam para resolver esse dilema, na medida em que valorizariam a eficiência em detrimento da equidade, ou seja, a equidade seria atingida mediante o uso mais eficiente dos recursos (HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, 2001).

Outras agências internacionais, como a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e a Comissão Econômica para os Países da América Latina e Caribe (CEPAL) também integraram as discussões e movimentos para reforma do Estado e dos sistemas de saúde, com a realização de estudos e propostas, cujo cerne é a priorização da atenção básica e a redução dos gastos públicos (MARQUES; MENDES, 2002). Desse modo, todas essas proposições e condicionalidades, vieram seguidas da separação entre as funções de financiamento e provisão, com redução do Estado e limitação do seu papel à regulação e prestação de serviços básicos e de baixo custo aos mais necessitados, além da criação de estratégias competitivas (ALMEIDA, 2002b). Na América Latina, é frequente a entrada de companhias norte-

americanas e outras multinacionais com obtenção de consideráveis lucros e retornos dos investimentos realizados. Ao mesmo tempo, as organizações buscam acesso aos fundos de seguridade social dos países latino-americanos, vistos como um potente capital financeiro (STOCKER; WAITZKIN; IRIART, 1999).

Capitaneadas pelo Banco Mundial e outras agências multilaterais, as reformas com essa perspectiva aconteceram principalmente na Argentina, Chile e Colômbia, onde as companhias estrangeiras encontraram pouca resistência. Nesses países, o modelo baseado no mercado atraiu pacientes mais saudáveis, enquanto os mais doentes migraram para o setor público (STOCKER; WAITZKIN; IRIART, 1999). Paralelamente, diante da crise, os serviços públicos foram cada vez mais subfinanciados, levando à piora dos problemas de eficiência, cobertura e qualidade, principalmente com o avanço do desemprego, uma vez que houve aumento do volume de usuários relacionado à perda de cobertura dos seguros sociais (ALMEIDA, 2002a). O caso do Chile é emblemático, sendo que em 1980 houve a transferência compulsória para fundos de pensão privados e fundamentados na capitalização individual de todos os cidadãos, exceto das forças armadas e policiais. Os autores ainda questionam quais seriam as consequências dessas medidas e projetaram essa resposta para 2020, quando o novo sistema alcançaria sua maturidade (LABRA; BUSS, 1995).

Em outros países como Brasil e Equador, médicos, defensores da saúde pública e movimentos sociais se opuseram à entrada dessas organizações, oferecendo propostas alternativas de fortalecimento dos serviços públicos nos municípios (STOCKER; WAITZKIN; IRIART, 1999). Tais propostas visavam a universalização do acesso e a inclusão social, mas a redução dos investimentos sociais devido às políticas econômicas de ajuste fiscal e de estabilização monetária contribuiu em grande medida para que a segmentação e a fragmentação dos serviços ainda permanecessem (CONILL; FREIRE; GIOVANELLA, 2011; FLEURY, 2011).

Durante os anos 1990, embora os indicadores socioeconômicos demonstrassem o aumento das desigualdades, a redução do gasto público e o aumento do gasto privado tiveram continuidade, especialmente com seguros e planos de saúde (ALMEIDA, 2002a). Nesse sentido, o direito à saúde, antes considerado como bem coletivo inserido nos princípios dos direitos humanos, da cidadania e da justiça social, passa a compor a lógica econômica de acumulação de capital como um bem individual, subordinado ao sistema capitalista e empresarial (NOGUEIRA; PIRES, 2004; VIANA; SILVA, 2018).

Nos últimos anos, todo esse movimento de mercantilização da saúde, assumiu contornos capazes de gerar questionamentos quanto à abrangência do direito à saúde mesmo

por organismos antes defensores da sua universalização e por países com sistemas universais consolidados. A chamada cobertura universal passou a ser apoiada como uma “nova” e mais eficiente forma de se organizar os sistemas e políticas de saúde que, apesar de trazer a palavra “universal”, significa uma nova denominação para os já conhecidos sistemas privatizantes e um retrocesso em termos do alcance pleno do direito à saúde.

Ao contrário dos sistemas universais, a cobertura universal preconiza uma cesta limitada de serviços, a afiliação por asseguramento e a redução do Estado ao papel de regulador e contratante de serviços privados. O financiamento se dá por recursos públicos e privados em uma combinação de fundos (*pooling*) que pode ser gerido tanto por seguradoras privadas, quanto públicas, de acordo com o “pacote” ou plano do assegurado. Os indivíduos, portanto, são elegíveis para o seguro privado ou público de acordo com sua capacidade de pagamento, levando a uma cobertura segmentada e a acessos diferenciados (GIOVANELLA; MENDOZA-RUIZ; PILAR *et al.*, 2018). Vale ressaltar que cobertura não significa acesso e uso, ou seja, mesmo que o usuário tenha determinada cobertura relacionada ao seu seguro social ou privado, ele poderá não conseguir a prestação do serviço caso necessite (NORONHA, 2013).

Entre os apoiadores da proposta da cobertura universal podem-se citar a Fundação Rockefeller, a revista Lancet² e a OMS, a qual apresentou um relatório intitulado “Seguro Social de Saúde: Financiamento Sustentável da Saúde, Cobertura Universal e Seguro Social de Saúde”, na 58ª Assembleia Geral, em 2005. Esse relatório marcou o início da mudança de perspectiva do direito à saúde como universal, passando a ser associado à “proteção do risco financeiro e à busca de mecanismos alternativos de financiamento setorial” (NORONHA, 2013, p.848). Essa mudança de perspectiva da OMS ainda está relacionada à visão de equidade em saúde como focalização, ou seja, pautada na pobreza e na vulnerabilidade social (NOGUEIRA; PIRES, 2004).

Diversas consequências para os sistemas de saúde podem ser esperadas nesse processo, uma vez que apesar da OMS não estabelecer condicionantes como as agências multilaterais ou exercer a mesma força vinculante dos tratados e convenções internacionais, suas resoluções representam modelos e padrões sanitários para a maioria dos países devido ao seu reconhecimento técnico-científico (SOARES, 2000). Como agravante, destaca-se a incorporação da cobertura universal entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da

²Número especial intitulado “Universal Health Coverage in Latin America” lançado em outubro de 2014. Disponível em: <<https://www.thelancet.com/series/latin-america-UHC>>.

ONU,³ obrigando os países a monitorarem os indicadores até o ano de 2030 (GIOVANELLA; MENDOZA-RUIZ; PILAR *et al.*, 2018).

Por outro lado, a despeito das pressões e condicionantes determinados pelas diversas agências internacionais, há países que conseguiram tomar outros caminhos, protegendo os direitos e a vida dos seus cidadãos. Na crise dos anos 1990, por exemplo, países asiáticos como a Indonésia, Tailândia e Malásia sofreram importantes impactos, como a queda do Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* e da receita fiscal, com redução da capacidade dos governos em investir em políticas sociais, além do aumento do desemprego, do preço de artigos alimentícios e das dívidas. Os dois primeiros países aderiram ao regime de recuperação fiscal imposto pelo FMI e adotaram medidas, como cortes no orçamento, inclusive na saúde, apesar da maior necessidade de participação do Estado devido à incapacidade das pessoas arcarem com o custo aumentado dos serviços. Esses cortes levaram ao aumento da fome e da pobreza e reduziram o acesso da população aos serviços de saúde, o que contribuiu para o sofrimento mental dos cidadãos e aumento das taxas de doenças infecciosas e de mortalidade. Na Tailândia, os cortes atingiram o exitoso programa de prevenção contra a infecção por HIV, havendo um aumento significativo de novos casos (HOPKINS, 2006; STUCKLER; BASU, 2013).

A Malásia, de maneira inversa, recusou o auxílio do Fundo e optou pelo aumento do gasto com a atenção à saúde, pelo controle de capital e da especulação de mercado e pelo câmbio fixo para conter a depreciação de sua moeda e isolar a economia de choques externos. A política adotada pelo país gerou implicações positivas, como o menor crescimento da pobreza e da desnutrição materna; a introdução de um programa de prevenção da transmissão mãe-filho e de controle de novas infecções por HIV. Além disso, a Malásia apresentou uma recuperação econômica mais rápida e foi, ironicamente, o único país capaz de atingir as metas estabelecidas pelo FMI para os outros países do Leste Asiático (HOPKINS, 2006; STUCKLER; BASU, 2013).

Nesse mesmo período, os diferentes efeitos sobre a saúde causados pelas escolhas políticas dos governantes também foram observados nos países do Leste Europeu, durante a transição do comunismo para o capitalismo, após a dissolução da União Soviética em 1991. A Rússia e o Cazaquistão adotaram o chamado “tratamento de choque”, um programa radical fomentado por diversas agências internacionais e que visava a acelerada liberalização

³Objetivo 3.8: “atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos” (ONU, 2015).

econômica e uma massiva privatização das empresas e projetos estatais, com incentivo ao lucro e à retirada da influência do governo, considerado corrupto pelos reformistas. Após a rápida privatização, entretanto, a corrupção aumentou e os resultados foram desastrosos para a população. Houve o corte de 20% do orçamento estatal, culminando com a acentuação da pobreza, do desemprego e da violência; uma redução da expectativa de vida em dois anos e, ao contrário das projeções dos defensores da reforma radical, também foi observado um baixo crescimento econômico (STUCKLER; BASU, 2013).

Além disso, na Rússia, as clínicas médicas associadas aos locais de trabalho não foram mais capazes de conter as doenças infecciosas e a tuberculose, que antes era controlada no país e retornou de forma drástica. Outros países como a Bielorrússia e a Polônia, mesmo partindo do mesmo contexto inicial, seguiram caminhos diferentes e optaram por uma reforma mais gradual e sem cortes em seu sistema de proteção social, o que levou a resultados eminentemente distintos, com controle e manutenção dos índices de mortalidade e de pobreza, menores taxa de desemprego e de sofrimento diante da crise, e até mesmo melhorias para a saúde da população (STUCKLER; BASU, 2013).

Igualmente, a Grande Recessão de 2008 trouxe consequências diferentes entre os países europeus. Antes de 2008, a proporção da população europeia com necessidades médicas não atendidas estava caindo, mas com a crise, essa tendência se inverteu. Tal resultado pode ser explicado pela implementação de políticas de austeridade dentro e fora dos sistemas de saúde, como a instituição de copagamentos e aumento do preço de medicamentos e redução da disponibilidade de transporte urbano, criando barreiras de acesso aos serviços (REEVES; MCKEE; STUCKLER, 2015).

Um dos casos mais graves foi o da Grécia, país em que a combinação entre crise e austeridade levou a um colapso econômico, social e sanitário. Os cortes na saúde chegaram a 40% e houve a adoção de novas regras “antifraude” no sistema de proteção social, o que deixou milhares de pessoas desassistidas. Com o desmantelamento das políticas de saúde, observou-se um aumento acelerado da mortalidade infantil e da incidência de doenças infecciosas, principalmente por HIV entre os usuários de drogas, já que os cortes afetaram a distribuição de seringas. Outros efeitos importantes das políticas de austeridade no país foram a perda da coesão social e o retorno de partidos de extrema direita (como aconteceu na Europa após a Grande Depressão de 1929), com avanço de ideias racistas, xenofóbicas e homofóbicas (STUCKLER; BASU, 2013).

De maneira inversa, países que não realizaram cortes nas políticas sociais apresentaram impactos distintos durante a crise de 2008, como na Suécia, onde o indicador de

necessidades médicas não atendidas continuou em queda. A Islândia, por sua vez, aumentou os investimentos em saúde em 20% e em meio a uma crise global, apresentou redução das taxas de mortalidade e sua coesão social se tornou ainda mais forte (REEVES; MCKEE; STUCKLER, 2015; STUCKLER; BASU, 2013). Vários outros exemplos poderiam ser apresentados demonstrando, tanto os efeitos negativos para a saúde causados pelas políticas austeridade, quanto os positivos relacionados à priorização da proteção social dos cidadãos pelos governantes, em diversos períodos de crises no mundo.

Os casos discutidos evidenciam que parte das políticas econômicas adotadas nos últimos anos não resultou no crescimento e no desenvolvimento pretendidos e nem promoveu satisfatoriamente o bem-estar das pessoas. Nesse sentido, as pressões e movimentos para se implementar tais políticas e transformar os sistemas de saúde universalistas em modelos baseados no mercado é incompreensível e irresponsável, pois corre-se o risco de se enfraquecer ou extinguir um direito que é de todos os indivíduos (DURANTE, 2013). Vale lembrar ainda que o investimento público em saúde não é um gasto social, mas sim o investimento produtivo que apresenta retornos mais rápidos e sustentáveis. De fato, investir em saúde significa gerar empregos em diversos campos de atuação, além de fomentar o consumo de bens industriais e o desenvolvimento tecnológico e humano, gerando impactos econômicos, políticos e culturais (FLEURY; OUVENEY, 2008; STUCKLER; BASU, 2013).

Por fim, ao focar novamente no contexto dos sistemas de saúde da América Latina, ressalta-se que mesmo diante das evidências apresentadas, há uma ampla diferença entre o investimento público na região e grande parte dos países desenvolvidos. Essa constatação, revela a necessidade de se lidar com questões estruturais que ultrapassam a ampliação da cobertura e o foco no consumo de serviços, envolvendo as demais políticas sociais, a promoção da saúde e o acesso adequado e tempestivo aos cuidados (CONILL, 2012; CONILL; XAVIER; PIOLA, 2018). Tais mudanças estruturais passam ainda pelo enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, particularmente pelos ambientais (contaminação, qualidade da água e do ar, saneamento, entre outros), ocupacionais e nutricionais (HOMEDES; UGALDE, 2011).

3.3 O Direito e a judicialização da política

De maneira geral, a judicialização da política é tida como parte do movimento de transferência de poder para as cortes e juízes, sendo observada, estudada e discutida, a partir

de diversos enfoques relacionados, tanto a questões teóricas e doutrinárias, quanto à ordem jurídica e à organização do Estado. A própria concepção de Direito e a corrente jurídica utilizadas para a análise determinam distintos olhares sobre suas características e consequências. Essa discussão é necessária dadas as diferenças entre as tradições e sistemas jurídicos do Brasil e da Colômbia. Apesar de haver convergências em relação às mudanças promovidas pelo Novo Constitucionalismo Latino-Americano, os atributos de cada ordem jurídica impõem percepções particulares quanto à efetivação do direito à saúde, ao sistema de saúde e à judicialização da saúde, uma das mais relevantes vertentes da judicialização da política nos dois países.

3.3.1 Sistemas jurídicos, constitucionalismo e o Novo Constitucionalismo Latino-Americano

Os sistemas jurídicos contemporâneos são resultado de um processo histórico marcado por influências da organização societária das antigas civilizações e pelas disputas de poder e pela hegemonia nos territórios, particularmente entre igreja, monarcas e elites europeias, tendo como eixo a busca pelo controle e resolução de conflitos e o estabelecimento de normas e princípios de convivência. Ainda que de forma leiga e pouco burocratizada, a profissionalização e a especialização do Direito Ocidental tiveram sua origem em Roma, nas figuras do pretor, eleito anualmente, e do *iudex*, um cidadão escolhido a partir de uma lista composta por homens das classes sociais superiores para a função de juiz. O primeiro era responsável por manter a paz e a ordem nos espaços públicos, administrar os conflitos e organizar todo o processo, enquanto ao segundo, cabia emitir a decisão. Com o desenvolvimento da burocracia e a centralização do poder político, os leigos foram substituídos por juristas profissionais (LOPES, 2012).

Na Baixa Idade Média, a partir do modelo romano, a responsabilidade e a forma de mediação dos conflitos foram se modificando, com variações de acordo com a região ou país europeu. Nesse período, até a Revolução Francesa, houve a alternância entre o poder centralizado e descentralizado, leigo e profissional, com diferenciação de jurisdição e de direitos e privilégios entre os diversos grupos da sociedade. O modelo de arbitramento passou pelo controle direto dos monarcas e da Igreja; pelo desenvolvimento do direito canônico e dos tribunais régios e pelo sistema inglês de *writs* ou breves⁴. A partir do advento do Estado

⁴Os tribunais régios buscavam imitar a profissionalização do processo canônico, o qual era caracterizado pelo estabelecimento de etapas formais e precisas, instrução escrita dos processos, introdução do advogado e

Liberal no século XIX, buscou-se o estabelecimento da lei para todos e os objetos dos processos foram sendo incorporados na medida em que se tornavam judiciáveis de acordo com os contextos e evolução das sociedades. As funções judiciais também foram se diversificando e se profissionalizando, com introdução de remuneração, o que significou o fim da gratuidade da justiça e o afastamento definitivo entre o saber jurídico e a experiência dos cidadãos comuns. Nesse contexto histórico, além das regras de competência dos tribunais, foram desenvolvidas as duas principais tradições jurídicas ocidentais: o direito romano-germânico - também chamada de *civil law* - e a *common law*, originada do modelo inglês de *writs* (LOPES, 2012).

A escola romano-germânica, presente em países como Portugal, Espanha, França, Alemanha e Itália, surgiu nas universidades europeias, as quais buscaram criar uma ciência jurídica que pudesse ser utilizada de forma ampliada, tendo a lei como base para a resolução das questões jurídicas (PORTERO, 2018). Os juízes, servidores públicos com carreiras próprias, são os responsáveis pela interpretação e aplicação das disposições escritas e pelo controle de legalidade dos atos da administração pública, no âmbito da jurisdição administrativa (ALMEIDA, 1998; DAVID, 1996). A organização judiciária é hierárquica e baseada na variação da jurisdição, ou seja, os litígios, de acordo com o objeto em questão, são submetidos aos tribunais de primeira instância distribuídos no território nacional e, a partir da interposição de recursos pelas partes, o processo avança nas instâncias superiores (DAVID, 1996).

O sistema de *common law* (ou direito comum inglês), por sua vez, foi adotado pelos Estados Unidos, Canadá e Austrália e, diferentemente da família romano-germânica, foi construído pelos juízes com centralidade na jurisprudência. A regra, portanto, visa solucionar um processo particular e não formular uma norma geral e abstrata para o futuro (DAVID, 1996; PORTERO, 2018). O controle de legalidade dos atos da administração pública fica a cargo dos tribunais comuns e os julgamentos são imediatos e realizados a partir de debates orais e da participação de júri (ALMEIDA, 1998; CARVALHO, 2007; LOPES, 2012). Um princípio importante dessa escola é o *stare decisis*, cuja origem se encontra na expressão em latim "*stare decisis et non quieta movere*", que significa “ficar com o que foi decidido e não mover o que está em repouso” (PORTERO, 2018, p.1724). Em outras palavras, o *stare decisis* se refere à observância e à aplicação dos precedentes jurisprudenciais pelas cortes, podendo ser vertical, em que cada corte deve acompanhar as decisões da corte hierarquicamente

institucionalização dos recursos. Os *writs*, por sua vez, foram desenvolvidos a partir de julgamentos ou oitivas locais por ordem do rei, com juízes itinerantes, formação de júri e defesa oral (LOPES, 2012).

superior; ou horizontal, na qual a corte tem que seguir suas próprias decisões anteriores (PORTERO, 2018).

A análise superficial da origem e do desenvolvimento dos dois sistemas, entretanto, pode levar à falsa impressão de que o que distingue as duas escolas é a utilização pura da codificação escrita no *civil law* e do precedente no *common law* (PORTERO, 2018). Nos países que seguem o *civil law*, a primazia absoluta da lei é fictícia, uma vez que há outras fontes muito importantes de direito, como a doutrina e a própria jurisprudência. Nesse sentido, o ponto de partida é a lei, mas cabe ao juiz interpretá-la a partir do uso dessas outras fontes (DAVID, 1996). Paralelamente, é inegável o crescimento da presença da lei entre as fontes de direito nos sistemas de *common law*, o que vem levando à convergência entre as duas famílias e ao surgimento de sistemas híbridos (ALMEIDA, 1998; LÓPEZ DAZA, 2011). Pode-se falar, portanto, de uma unidade do direito ocidental, sendo que a diferença está relacionada somente ao ponto de partida da análise do direito e da busca das soluções de justiça (DAVID, 1996).

Uma característica comum entre as duas correntes é o princípio de supremacia constitucional, mas com variações quanto aos modelos de controle de constitucionalidade. Esse princípio, adotado na Constituição dos Estados Unidos de 1787, foi compartilhado entre vários países, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, com o reconhecimento dos direitos humanos universais. Além disso, em ambas as tradições jurídicas, foram promulgadas constituições com uma ampla carta de direitos fundamentais a serem protegidos contra as maiorias parlamentares (BARBOZA; KOZICKI, 2012). Ressalta-se ainda que tratados e pactos internacionais podem adquirir força constitucional em alguns países (DAVID, 1996). Essa dimensão positiva da Constituição e sua centralidade no ordenamento jurídico, tanto em seu desenvolvimento, como em sua interpretação, são fundamentos de uma teoria do direito chamada por alguns autores de neoconstitucionalismo (PASTOR; DALMAU, 2010).

Vale ressaltar que no Direito, o estudo das constituições se insere no Direito Constitucional, um ramo do Direito Público que representa a sistematização das normas fundamentais de configuração do Estado. Tais normas envolvem a forma de governo e limites de atuação estatal, os formatos de obtenção e de exercício do poder, a organização dos órgãos, os preceitos da ordem econômica e social e, especialmente, os direitos fundamentais e suas garantias. Dessa forma, as Constituições não devem ser concebidas somente no sentido jurídico, mas também no sociológico e no político, uma vez que são decorrentes do embate de forças e de lutas sociais, relacionado ao momento histórico do desenvolvimento das coletividades (SILVA, 2018; WOLKMER, 2010). Ademais, são importantes por sua

dimensão simbólica e ideológica, de valores e princípios para as configurações das relações entre Estado e sociedade (NOLTE; SCHILLING-VACAFLOR, 2012). As constituições podem ser classificadas quanto ao seu conteúdo, forma, modo de elaboração, origem e estabilidade/rigidez, sendo mister destacar que a última característica está relacionada à sua supremacia em relação às demais disposições jurídicas, que devem se conformar aos princípios constitucionais sob a pena de incorrerem em inconstitucionalidade por ação ou por omissão. A inconstitucionalidade por ação pode ser formal, ou seja, implica na inadequação da autoridade ou da forma de elaboração da lei, ou material, quando há inadequação do conteúdo da lei. No segundo caso, a omissão se dá pela não aplicação efetiva dos preceitos da constituição (SILVA, 2018).

Dentre as formas de controle de constitucionalidade, o controle jurisdicional, também chamado de *judicial review*, é o mais utilizado atualmente, podendo ser analisado a partir de cinco categorias: tipo (difuso ou concentrado); momento (a priori ou a posteriori); jurisdição (centralizada ou descentralizada); efeitos (inter partes ou *erga omnes*) e acesso (aberto ou restrito), cujas combinações são determinadas pela primeira categoria, ou seja, se o controle é difuso/concreto ou concentrado/abstrato (RÍOS-FIGUEROA, 2011; SILVA, 2018).

O controle difuso é realizado por todos os magistrados em casos concretos e, obviamente, pode ocorrer somente a posteriori, uma vez que sua revisão exige que a lei já tenha sido publicada. Os efeitos dos julgados não atingem a todos os cidadãos e ao estatuto legal em questão, mas somente ao objeto do conflito e às partes envolvidas (CARVALHO, 2007; RÍOS-FIGUEROA, 2011; SILVA, 2018). Nesse modelo, o acesso é aberto, sendo que qualquer pessoa pode ingressar com uma ação no judiciário, em uma das duas jurisdições (de acordo com o objeto), cabendo ao juiz declarar como inconstitucional o dispositivo, que a seu ver, contrarie a constituição (CARVALHO, 2007).

No caso do modelo concentrado ou abstrato, o controle é realizado somente pelo tribunal de maior autoridade do país (jurisdição centralizada), o qual proferirá a decisão quando provocado sobre a (in)constitucionalidade da lei, tanto a priori, quanto a posteriori de sua adoção. A proposição desse tipo de ação é restrita a alguns atores, mas a norma revisada é afetada e os efeitos são *erga omnes*, atingindo a todos (CARVALHO, 2007; RÍOS-FIGUEROA, 2011; SILVA, 2018). Há ainda um terceiro modelo em que o juiz, por iniciativa própria, declara a inconstitucionalidade dentro de um processo, além do modelo misto que contempla, simultaneamente, as formas difusa e concentrada (CARVALHO, 2007).

Paralelamente a todo esse aparato profissional e especializado proveniente do Direito Romano, pode-se citar o fundamento democrático como legado da Grécia antiga para os

sistemas jurídicos ocidentais. Apesar de não apresentar a objetividade e o método do primeiro, o Direito Grego contribuiu sobremaneira para a construção da ciência política e do Direito Público, a partir da expressão da soberania popular (AZEVEDO, 2007). Além disso, dentro do ideal da democracia, o equilíbrio entre a liberdade individual e o poder público é resguardado pela divisão do poder entre três órgãos coletivos principais ou, em outras palavras, a organização tripartida do governo impõe limites ao poder estatal a fim de se garantir o exercício das liberdades individuais e o fortalecimento da vida participativa, culminando no chamado Estado Democrático de Direito (AZEVEDO, 2007; GOULART, 1994).

A concepção de separação de poderes foi desenvolvida por Montesquieu no século XVIII em sua obra “Do espírito das leis”, cujo objetivo central foi obter um melhor desempenho do Estado e maior efetividade de suas atividades. Na visão liberal clássica, tal objetivo seria alcançado por meio da repartição de poderes entre o Executivo, o Legislativo e o Judiciário, os quais seriam independentes entre si e, juntos, seriam a base da estrutura estatal (GALLO, 2009). A ideia original de Montesquieu, entretanto, não era rígida no sentido de haver necessariamente três poderes, mas sim de que fossem criados poderes e contrapoderes a fim de se evitar o domínio absoluto e o arbítrio de um determinado poder ou grupo (BARBOZA; KOZICKI, 2012; GRILLO, 1994; NOBRE; RODRIGUEZ, 2011).

Dessa forma, diante do desenvolvimento das atividades estatais, o princípio da separação de poderes denota uma colaboração entre os entes governamentais, que envolve uma relação de independência e harmonia. Essa mudança de perspectiva significa que a independência não é irrestrita, ou seja, que além da prerrogativa de cada poder em decidir sua organização e exercer suas funções próprias, há situações em que são necessárias interferências para se impedir distorções e ingerências de um determinado poder, em um sistema de freios e contrapesos (SILVA, 2018).

Se, de um lado, cabe ao Poder Judiciário o arbitramento de conflitos e o controle jurisdicional de dispositivos legais, ao Executivo compete a formulação e o desenvolvimento de políticas públicas dentro de um projeto de governo, para o qual trabalha a burocracia estatal (HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, 2001). O Legislativo, por sua vez, constrói políticas de Estado e expressa a própria lógica republicana do sistema político, já que o poder nesse âmbito deve ser exercido direta ou indiretamente pelo povo no sentido de representar os principais atores organizados, tais como os partidos, os movimentos sociais e as associações de classe (FEREJOHN, 2002; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, 2001).

No âmbito da América Latina, todas essas questões relativas aos sistemas jurídicos e ao constitucionalismo e seus princípios devem ser analisadas considerando-se a herança e a influência da colonização portuguesa e espanhola, bem como o desenvolvimento posterior de um “sistema sócio-político elitista, individualista e formalista” (WOLKMER, 2008, p.204). A tradição jurídica latino-americana, portanto, pertence à família romano-germânica, mas há a incorporação de aspectos dos modelos norte-americanos de *common law* e de controle difuso de constitucionalidade (LÓPEZ DAZA, 2011).

Em relação ao constitucionalismo, a história latino-americana foi pautada pela disputa entre conservadores e liberais, os quais se uniram (dando origem ao chamado Constitucionalismo de Fusão) a partir da metade do século XIX para enfrentarem o avanço dos ideais republicanos trazidos das revoluções europeias, instituindo as principais constituições da região (GARGARELLA; COURTIS; 2009; GARGARELLA, 2013). Essas constituições foram marcadas por processos constituintes pouco democráticos, conduzidos e com objetivos determinados pelas elites (PASTOR; DALMAU, 2010). Além disso, apesar do liberalismo ter defendido a adoção de um rol de direitos em linguagem universalista, esses direitos estavam relacionados, quase que exclusivamente, a direitos de propriedade, ou seja, distribuídos de forma desigual (GARGARELLA; COURTIS; 2009).

No final do século XIX, um novo regime buscou o crescimento econômico por meio da imposição de uma disciplina dura à população (os chamados regimes de Ordem e Progresso), o que levou à emergência de conflitos sociais e de um novo tipo de governo autoritário, produto do fortalecimento da aliança liberal-conservadora. O constitucionalismo desse período foi então pautado, com algumas exceções, por sistemas legais excludentes, pela concentração de poder no Executivo, por limites de direitos políticos e uso extremo de poderes coercitivos pelo Estado, além de visarem deter o avanço do comunismo. Por outro lado, no início e em meados do século XX, houve a publicação de constituições com características reformistas, com inserção de direitos sociais, como a do México (1917), do Brasil (1946), da Costa Rica (1949), entre outras, sendo que algumas permaneceram vigentes por um período curto de tempo (GARGARELLA, 2013).

A partir dos anos 1970, a América Latina foi impactada por uma crise política e por graves abusos dos direitos humanos durante os governos autoritários, além de ter sofrido uma crise social e econômica relacionada aos programas de ajuste fiscal durante os anos 90 (GARGARELLA, 2013). Nesse contexto, entre 1980 e 1990, as novas constituições latino-americanas começaram a se materializar, em grande medida, como resultado dos processos de redemocratização de diversos países, tendo como pilares a participação democrática nos

processos constituintes e o clamor por mudanças na realidade social desses países. A primeira constituição inserida nesse movimento foi a do Brasil (1988), seguida pela da Colômbia (1991), Paraguai (1992), Peru (1993), Venezuela (1999) e a Constituições plurinacionais do Equador (2008) e da Bolívia em 2009 (AVRITZER, 2017; GARGARELLA; COURTIS; 2009; GARGARELLA, 2013; 2017).

O Novo Constitucionalismo Latino-Americano se materializa a partir dessas novas Cartas Políticas, e representa uma ressignificação dos modelos constitucionais europeus e norte-americanos clássicos, na medida em que inova os fundamentos e práticas constitucionais, por meio da ampliação de direitos e da participação popular e acolhe as demandas culturais, sociais, políticas e democráticas dos povos (AVRITZER, 2017; BRAGATO; CASTILHO, 2014). Essa perspectiva traz a Constituição como espaço democrático para expressão da soberania popular (o poder constituinte) sobre a configuração do Estado, superando a visão da Constituição como mera limitadora do poder constituído (PASTOR; DALMAU, 2010).

Nesse sentido, as novas constituições latino-americanas permitem desvelar e discutir as tensões próprias da cidadania, como a relação entre universalidade e igualdade, e particularidade e diferença, envolvendo a efetivação de novos direitos e de políticas afirmativas (AVRITZER; MARONA, 2014). O Novo Constitucionalismo Latino-Americano se sustenta em três características basilares: o incremento nas formas de participação nas diversas instâncias de poder; a ampliação de direitos (especialmente os das comunidades tradicionais); e a reconfiguração do papel do judiciário (AVRITZER, 2017). A primeira característica é, para Pastor e Dalmau (2010), o principal avanço Novo Constitucionalismo Latino-Americano, uma vez que significa o resgate da relação entre a soberania popular e o governo (PASTOR; DALMAU, 2010).

Em relação à ampliação de direitos, foram reconhecidos os direitos à diversidade, à terra e à preservação do patrimônio cultural das comunidades tradicionais, tanto na constituição brasileira (ainda que de forma incipiente), quanto na colombiana, a qual avançou mais nesse aspecto (AVRITZER, 2017). Além disso, houve a expansão do rol de direitos sociais, econômicos e culturais, com uma ampla interpretação dos seus destinatários, tais como os direitos do trabalho, dos idosos, das crianças, incapacitados; ao lazer, à alimentação; à educação; à moradia adequada e à saúde, estabelecendo nova ruptura com o constitucionalismo clássico, o qual estabelece os direitos de forma genérica, sem se preocupar com sua individualização ou coletivização (COURTIS, 2006; GARGARELLA; COURTIS, 2009; PASTOR; DALMAU, 2010). Segundo Grijalva (2017), a ampla gama de direitos e

garantias constitucionais é uma característica que o Novo Constitucionalismo Latino-Americano compartilha do neoconstitucionalismo, a qual leva ao fortalecimento da justiça constitucional e a valorização dos princípios.

Por outro lado, as novas constituições da América-Latina, apesar de terem avançado na maior participação popular e na previsão e consagração de garantias e direitos fundamentais e sociais, de forma contraditória, também mantiveram a estrutura vertical de poder ao reforçarem sua concentração nas mãos do presidente (GARGARELLA; COURTIS, 2009; GARGARELLA, 2013; 2017). Gargarella (2013; 2017) apresenta hipóteses que poderiam explicar tal contradição, tais como a autonomia e auto-operacionalidade entre as duas dimensões dentro da Constituição; a previsão dos direitos horizontais como uma forma de compensar, equilibrar e limitar os poderes presidenciais ou a concentração de poder como uma condição necessária à implementação de uma política de direitos. Gargarella admite o último argumento, mas questiona se o hiperpresidencialismo na região realmente favoreceria a efetivação dos direitos constitucionais, dada a história de violação desses mesmos direitos pelos governos anteriores às novas constituições e sua não priorização pelos governos posteriores (GARGARELLA, 2017).

A terceira característica do Novo Constitucionalismo Latino-Americano representou a ampliação e viabilização do protagonismo do judiciário, o qual adquiriu importantes prerrogativas em relação aos outros poderes, particularmente ao Executivo (AVRITZER, 2017). A independência dos juízes também é ressaltada por Grijalva (2017) como um atributo que define o Novo Constitucionalismo e que, apesar de estar presente em alguma medida no neoconstitucionalismo, apresenta-se de forma peculiar na América-Latina, região caracterizada pela desigualdade e exclusão e onde a busca pela democracia é uma questão prioritária (GRIJALVA, 2017).

Ademais, os juízes latino-americanos conquistaram um maior isolamento político devido a mudanças nos tempos de mandato e nos procedimentos de indicação e remoção, os quais se tornaram, respectivamente, mais longos e mais neutros, com a participação de atores de diversos órgãos e inserções (RÍOS-FIGUEROA, 2011). Dessa forma, o aumento da independência do judiciário se apresenta como um movimento relacionado a sistemas políticos e jurídicos que pretendem consolidar a democracia e a igualdade por meio de uma alta carga de direitos individuais, sociais e coletivos. Além do fortalecimento dos juízes constitucionais, o Novo Constitucionalismo Latino-Americano implica na independência dos juízes ordinários e eleitorais, trazendo o desafio de dimensionar sua atuação nesse novo contexto constitucional (GRIJALVA, 2017).

Outro aspecto importante relacionado à expansão da atuação do poder judiciário no Novo Constitucionalismo é a ampliação do acesso à justiça pelos cidadãos, por meio da capilarização de sua malha protetora e da instituição de novos mecanismos e jurisdições (COURTIS, 2006; GARGARELLA, 2013; WERNECK VIANNA; BURGOS; SALLES, 2007). Foram instituídos diversos instrumentos para adjudicação constitucional, como o amparo e a tutela, utilizados para proteger os direitos individuais; o *habeas corpus*, para proteção da integridade física dos indivíduos; o *habeas data*, para garantir o acesso à informação; entre outros (RÍOS-FIGUEROA, 2011). O acesso à justiça também envolve a observância ao devido processo legal e a *accountability* de cada ente estatal no que se refere ao tempo dos procedimentos judiciais e à transparência, condições que, segundo Pautassi (2018), estão diretamente relacionadas ao acesso aos serviços de saúde.

Vale ressaltar que o próprio reconhecimento constitucional de direitos fundamentais exige uma nova atuação do judiciário no sentido de concretizar esses direitos, fazendo com que os países que têm o constitucionalismo como tradição jurídica, aproximem-se cada vez mais do *common law*. Em outras palavras, tendo em vista o caráter aberto das normas constitucionais, cabe aos juízes “dar significado a esses direitos, de acordo com o contexto histórico, social, político, moral e jurídico da sociedade naquele determinado momento”, por meio do *judicial review* (BARBOZA; KOZICKI, 2012, p.63).

3.3.2 Aspectos gerais da judicialização da política

Tate e Vallinder (1995) cunharam o termo “judicialização da política” no clássico *The Global Expansion of Judicial Power* que, a partir da contribuição de diversos autores, apresentaram a definição do fenômeno e influenciaram os estudos e discussões desde então. Segundo Tate (1995), judicialização da política é o

(...) processo pelo qual as cortes e juízes fazem ou dominam de forma aumentada a formulação de políticas públicas que foram formuladas anteriormente (ou, o que é difundido, deveriam ter sido formuladas) por outras agências governamentais, especialmente o legislativo e o executivo (TATE, 1995, p.27).

Esse processo está relacionado a diversas mudanças no mundo, como o fim da União Soviética e a redemocratização da América Latina, aumentando a influência da jurisprudência e do padrão norte-americanos de expansão do poder judicial (TATE; VALLINDER, 1995). Werneck Vianna, Burgos e Salles (2007) citam ainda a crise do *Welfare State* e a emergência

das políticas voltadas para o mercado, o que levou à retirada de direitos, à reestruturação do sistema produtivo e ao enfraquecimento dos movimentos sindicais e da vida associativa. Nesse cenário, o “boom da litigação”, nas palavras dos autores, vem transformando a “agenda do acesso à Justiça em política pública de primeira grandeza” (WERNECK VIANNA; BURGOS; SALLES, 2007, p.40).

Hirschl (2006) evidencia que essa transferência de poder para o judiciário se dá em âmbito nacional e supranacional a partir da ideia de supremacia constitucional e também do desenvolvimento de amplos procedimentos de revisão judicial e pela maior confiança depositada nas cortes para tratarem de diversas questões políticas, sociais e morais. Tais questões vão desde a liberdade de expressão, reprodutiva e religiosa, até aspectos relacionados à justiça criminal, direito à propriedade, comércio e a políticas públicas de educação, imigração, trabalho, ambiente e saúde. Nessa perspectiva, a judicialização significa o redesenho da jurisprudência acerca de direitos e dos limites entre os órgãos estatais (HIRSCHL, 2006).

O autor classifica a judicialização da política em três categorias, as quais variam quanto à abrangência da questão tratada e impactos produzidos. A primeira se refere à expansão do discurso, regras e procedimentos legais para a seara política e para fóruns deliberativos. O segundo tipo foca nos procedimentos jurídicos e nos processos de tomada de decisão, representando a judicialização da formulação de políticas públicas por meio de controle administrativo e de constitucionalidade. A terceira categoria se trata da judicialização do que Hirschl chama de “política pura” ou “macropolítica” (p.723): matérias políticas centrais para o regime estatal e para a identidade coletiva, como a definição do processo eleitoral; a revisão das prerrogativas do poder executivo no planejamento macroeconômico ou questões de segurança nacional; a corroboração ou invalidação de mudanças de regime; a resolução de dilemas relativos à justiça de transição ou restaurativa; e, sobretudo, a definição da identidade pátria e do processo de construção da nação, como a decisão quanto à condição bilíngue do Canadá ou à unificação da Alemanha (HIRSCHL, 2006).

A literatura traz condições que favorecem, mas não determinam isoladamente, a expansão do poder judicial e da judicialização da política, sendo, assim, um fenômeno multifatorial (BARBOZA; KOZICKI, 2012; TATE, 1995). A primeira condição é a já citada estrutura jurídica, caracterizada pela independência, autonomia e receptividade do judiciário (GARGARELLA, 2013; LANGFORD, 2009). A segunda é a própria democracia, uma vez que é improvável que essa expansão ocorra em governos não democráticos. Outra condição é a presença de uma política de direitos que, além de ser positivada constitucionalmente, deve

ter força para garantir que os indivíduos e minorias tenham direitos que podem se sobrepor à vontade de uma pretensa maioria (TATE, 1995). A concretização de tal política de direitos, entretanto, depende do desenvolvimento de uma estrutura de suporte para a mobilização legal, que permita a defesa dos direitos em caso de descumprimento (HIRSCHL, 2006).

No caso latino-americano, as mesmas constituições que trouxeram uma ampla carta de direitos, não conseguiram enfrentar as inúmeras leis orientadas pelo mercado implementadas, sofrendo emendas voltadas para a redução do Estado e transferência de recursos e competências para a iniciativa privada, o que enfraqueceu e inviabilizou as políticas sociais e a efetivação dos direitos garantidos constitucionalmente e levou a um enorme impacto social (GARGARELLA, 2013; GRIJALVA, 2017; PISARELLO, 2014). Nesse contexto e diante de medidas voltadas para a privatização de serviços públicos, observa-se o deslocamento das vias republicanas para a justiça (WERNECK VIANNA; BURGOS, 2005).

Ao serem acionados, os tribunais têm sido receptivos quando à obrigação estatal de efetivar os direitos econômicos, sociais e culturais e têm emitido diversas sentenças favoráveis no âmbito da garantia de orçamento adequado para as políticas sociais e do acesso a serviços e medicamentos. Essa receptividade é ainda maior quando há evidências do não cumprimento por parte do Estado ou de terceiros das obrigações relativas aos direitos sociais (LANGFORD, 2009). Os críticos da judicialização, no entanto, questionam a justiciabilidade desses direitos e a transferência da matéria política, social e moral para a justiça, argumentando em relação à ilegitimidade democrática e à falta de responsabilidade do judiciário, enquanto um poder não eleito pelo povo, visão que é comumente abordada de forma conexa ao chamado governo de juízes ou *judge made law*, uma forma mais incisiva de se referir criticamente à judicialização da política (BARBOZA; KOZICKI, 2012; GLOPPEN, 2006; LANGFORD, 2009; LÓPEZ DAZA, 2011; YEPES, 2006). Uma segunda questão é a incapacidade técnica dos magistrados para tratarem desses objetos, o que, para Langford (2009), não é uma objeção absoluta, pois além das diversas áreas jurídicas exigirem conhecimentos específicos, há a possibilidade de se recorrer a instituições especializadas, a peritos e a *amicus curiae*.

Paralelamente, há o questionamento relacionado ao desrespeito ao princípio da separação de poderes, em que o judiciário estaria invadindo a área de atuação do legislativo e do executivo, particularmente no que se refere a questões políticas e à formulação de políticas públicas. Por outro lado, observa-se que grande parte das demandas políticas que são levadas às cortes representa os objetivos de grupos de interesse e de partidos políticos, bem como da oposição na tentativa de obstruir as ações do governo, revelando que a judicialização é um

fenômeno político complexo e não puramente a invasão um poder pelo outro (BARBOZA; KOZICKI, 2012; TATE, 1995). Ressalta-se ainda que há questões relativas aos outros poderes que favorecem a atuação dos tribunais, como a fraqueza das coalizões políticas, o descrédito da população em relação às instituições majoritárias, a ineficiência do executivo e do legislativo e até mesmo a delegação de temas controversos por esses mesmos poderes para o judiciário, na tentativa de se evitar o desgaste político (TATE, 1995), como a descriminalização do aborto, por exemplo.

A complexidade da relação entre os poderes estatais é também evidenciada pelo fato de que a perda da confiança no poder legislativo, pode permitir seu controle pelo executivo por meio de estratégias de atração dos parlamentares para a base governamental, relacionadas ao atendimento de demandas locais e eleitorais. A cooptação do legislativo sequestra sua agenda política, ao mesmo tempo em que esvazia a esfera pública e reduz os mecanismos de expressão de demandas pela sociedade (WERNECK VIANNA; BURGOS, 2005).

Tal situação é ainda mais evidente na América Latina, onde, apesar dos avanços trazidos pelo Novo Constitucionalismo, observam-se a manutenção do hiperpresidencialismo e da concentração vertical de poder (AVRITZER, 2017; GARGARELLA, 2013). Dessa forma, com vistas a se manter o equilíbrio entre os poderes, considera-se estratégica a presença de um judiciário forte e independente, principalmente diante de ameaças de retaliação sofridas pelos juízes e de tentativas de se moldar e influenciar suas decisões (CARVALHO, 2007; FERREJOHN, 2002; GRIJALVA, 2017).

Esse cenário pode ser chamado de politização da justiça, no qual as cortes se transformam em arenas de embates políticos, o que poderia debilitar sua legitimidade e imparcialidade, e levar a tentativas de interferência pelos governos vigentes no sentido de manipulação e instrumentalização da justiça, desvirtuando sua capacidade de tomar decisões de forma autônoma (GLOPPEN, 2006; GRIJALVA, 2017). De acordo com Grijalva (2017), não se trata de afirmar que os juízes não sejam atores políticos e que não tomem decisões políticas, mas sim de sinalizar alguns movimentos que impõem sanções a esses juízes, direcionando suas sentenças (GRIJALVA, 2017). Ao mesmo tempo, deve-se considerar que as cortes não atuam em um “vácuo institucional ou ideológico”, ou seja, suas decisões têm que ser compreendidas dentro dos embates sociais, políticos e econômicos que caracterizam cada sistema político (HIRSCHL, 2006, p.744).

Vale ressaltar que, dizer que as cortes são dotadas de caráter político e que podem decidir sobre questões políticas, não significa afirmar que são partidárias. No entanto, se os juízes atuarem em um sentido partidário, entra-se em um contexto de instabilidade jurídica e a

democracia é prejudicada (FEREJOHN, 2002). Portanto, a fronteira da judicialização da política enquanto uma atividade legítima do judiciário, que promove o equilíbrio de poderes, garante direitos sociais fundamentais e protege as minorias, encontra-se em grande medida, em aspectos relacionados aos próprios juízes.

Mesmo que todas as condições predisponentes para a judicialização da política estejam presentes, seu desenvolvimento, expansão e contornos democráticos, dependem das atitudes, preferências, orientações políticas e valores dos magistrados (LANGFORD, 2009; TATE, 1995). Juízes moderados ou conservadores, por exemplo, tendem a permanecer neutros, mesmo se suas preferências políticas forem distintas da tendência ideológica e das convicções das instituições majoritárias, e mesmo diante da presença de direitos inequívocos ou outras condições predisponentes. Da mesma forma, juízes liberais são mais propensos a decidirem positivamente em relação à efetivação de direitos sociais e à atuação do judiciário na formulação de políticas. Por outro lado, embora se espere que esses juízes sejam favoráveis à judicialização, podem se conter caso tenham preferências políticas consistentes com as ideias dominantes nas instituições majoritárias (LANGFORD, 2009; RÍOS-FIGUEROA, 2011; TATE, 1995).

Desse contexto podem ser extraídos dois princípios importantes para a discussão da judicialização da política: o ativismo e a autorrestrrição judicial. O primeiro princípio é o mais abordado na literatura e, assim como a judicialização, é analisado sob diversas perspectivas, sendo tanto exaltado “como uma interpretação mais criativa e desejável por parte do poder judiciário”, quanto criticado “como uma tentativa de usurpação de funções próprias do poder legislativo” (CAMPOS, 2014, p.11). Além disso, há abordagens que consideram o ativismo e a judicialização da política como parte do mesmo movimento e outras que contrapõem os dois conceitos.

Nobre e Rodriguez (2011) são favoráveis à primeira abordagem, alegando que a contraposição entre judicialização e ativismo representaria uma visão limitada e demasiadamente normativa do direito e da própria política (NOBRE; RODRIGUEZ, 2011). Campos (2014) também critica a dicotomia entre as duas concepções, uma vez que ao ser usado como algo prejudicial para desqualificar avanços considerados ativistas, tem levado à imprecisão e ao esvaziamento do termo ativismo, dificultando o controle adequado de abusos judiciais reais (CAMPOS, 2014). Ao mesmo tempo, rotular a projeção do poder judiciário como ativismo poderia ser uma análise precipitada, já que tal processo resulta de transformações profundas na sociedade e não de pretensões pessoais dos juízes (WERNECK VIANNA; BURGOS; SALLES; 2007).

Streck (2016), ao contrário, defende que a diferenciação entre ativismo judicial e judicialização da política deve ser estabelecida para que o judiciário contribua efetivamente para a concretização dos direitos fundamentais, inclusive o direito a uma “decisão constitucionalmente adequada” (p.723). Segundo o autor, enquanto o ativismo é sempre lesivo para a democracia, a judicialização da política pode ou não ser prejudicial, a depender dos níveis em que ocorre ou, em outras palavras, a judicialização é estratégica no caso de incompetência, inconstitucionalidade e/ou funcionamento inadequado dos outros poderes e, por isso, “contingencial” (STRECK, 2016, p.724).

A partir dessa perspectiva, é mister discutir três situações relacionadas às decisões judiciais que são comumente classificadas como ativistas: o fato dos juízes anularem atos legislativos; a não observância dos próprios precedentes jurisprudenciais e a utilização pelos juízes de suas percepções particulares de justiça. Nas duas primeiras situações, só se pode falar em ativismo se o limite jurídico vigente for ultrapassado, ou seja, o ativismo está relacionado ao “conceito de direito adotado como verdadeiro” (CAMPOS, 2014, p.98).

No caso da anulação de atos legislativos, vale lembrar que o modelo de atuação jurisdicional envolve, necessariamente, a fiscalização de atos - legislativos e administrativos - em desacordo com a constituição. Paralelamente, embora o *stare decisis* seja um princípio importante, as cortes podem anular seus próprios atos quando percebem que algum precedente foi equivocado e não deve ser seguido, técnica que é chamada de *overrruling* (CAMPOS, 2014; PORTERO, 2018). Para que ocorra essa superação jurisprudencial, o caso em juízo deve ser similar ao anterior e a decisão deve ser fundamentada com uma maior carga argumentativa, além de apresentar uma resposta mais adequada constitucionalmente (CAMPOS, 2014). Segundo a autora, esses cuidados garantem que a evolução do pensamento jurídico ocorra de forma gradual e que decisões prévias não sejam revogadas de forma abrupta.

A terceira situação, por sua vez, é a mais utilizada para explicar o ativismo judicial, estando relacionada diretamente à fundamentação das decisões dos juízes baseadas em valores e aspectos morais. Essa é a crítica trazida por Streck (2016) ao conceituar o ativismo, uma vez que estaria associado a uma resposta jurídica derivada da vontade e das visões pessoais dos juízes, substituindo o debate político. O autor questiona ainda se uma decisão ativista não estaria ferindo os direitos de outros indivíduos inseridos nas mesmas condições e se todos os tipos de argumentos podem, realmente, ser utilizados em uma decisão (STRECK, 2016, p.724).

Essa imagem acerca do ativismo judicial remete ao já mencionado governo de juízes, o qual é frequentemente confundido com uma interpretação inadequada do direito pelo judiciário. Primeiramente, deve-se diferenciar interpretação de invenção. Na interpretação, o juiz analisa o alcance de uma regra conhecida para aplicá-la a um caso, enquanto na invenção, há a criação de uma nova regra. Outra questão importante é a reinterpretção da Constituição, aspecto diretamente relacionado à revisão jurisprudencial. A necessidade de reinterpretar o texto constitucional surge de sua rigidez, pois para que as decisões dos juízes se adaptem à dinâmica da sociedade, é preciso encontrar novas tendências interpretativas. A alternativa à (re)interpretação seria a implementação de reformas constitucionais frequentes (LÓPEZ DAZA, 2011), o que não é desejável em um Estado Democrático de Direito.

Além disso, ao se falar em decisões baseadas em valores, a atuação dos juízes é novamente associada à formulação de regras e à submissão da sociedade ao risco de insegurança jurídica. Tal entendimento é ainda mais evidente em casos difíceis, que são aqueles em que as normas existentes são abertas e/ou imprecisas, permitindo mais de uma interpretação (LÓPEZ DAZA, 2011). Por outro lado, há juristas que não consideram como ativistas (ou que não consideram o ativismo uma conduta danosa) as interpretações nas quais as concepções de justiça dos juízes visem o bem-estar social (CAMPOS, 2014). Ao analisar a “teoria da integridade” de Dworkin, a autora enfatiza que, ao contrário do que parte da literatura apresenta, o filósofo americano não é adepto do ativismo judicial, mas sim de uma interpretação do direito atrelada “a uma premissa de integridade política que admite a possibilidade de existirem direitos morais, ainda que não explícitos, dos indivíduos contra o Estado” (CAMPOS, 2014, p.94).

Nesse sentido, para Dworkin (2010), o estudo do Direito e o desenvolvimento de uma teoria do Direito deve considerar necessariamente as questões de princípio envolvidas nas decisões judiciais, ultrapassando a ideia profissional e positivista de que os juristas só agem tecnicamente diante de regras (leis, precedentes e respectivas doutrinas explicativas), ou seja, “os problemas de teoria do direito são, no fundo, problemas relativos a princípios morais e não a estratégias ou fatos jurídicos” (p.12). Em outras palavras, principalmente em casos difíceis, os juízes se baseiam em políticas e princípios, morais e jurídicos, os quais são padrões que não funcionam como regras de “tudo ou nada” (p.39), válidas ou inválidas, como as normas escritas. Dworkin conceitua políticas como padrões que visam alcançar a um objetivo econômico, político ou social, enquanto os princípios referem-se a padrões a serem observados visando-se obter justiça, equidade ou outro aspecto moral. Para exemplificar, pode-se citar como política, o estabelecimento de um padrão para redução de acidentes

automobilísticos e princípio, o padrão em que “nenhum homem deve beneficiar-se de seus próprios delitos” (p.36), como assassinar um parente para se obter a herança, mesmo que todas as condições hereditárias e/ou do testamento estejam de acordo com a lei vigente (DWORKIN, 2010).

Ao criticar a teoria positivista, portanto, Dworkin questiona a visão restritiva do direito como um conjunto especial de regras, uma vez que há casos que não se enquadram ou fogem à aplicação das regras existentes. Para os positivistas, nesses casos, os juízes precisariam exercer seu poder discricionário e criar uma nova legislação que se aplique à situação, o que é novamente contestado pelo autor. Mesmo que nenhuma regra regule o caso, uma das partes tem o direito de ganhar a causa, cabendo ao juiz identificar o direito dos envolvidos e não inventar um novo direito. Vale ressaltar que não há uma fórmula que diga quais são os direitos em casos difíceis, ao contrário, juristas e juízes vão divergir em diversas questões. Indo além, há muitos casos em que as regras realmente se aplicam e elas podem ter exceções que, se enumeradas, as tornam mais completas, ou seja, as consequências jurídicas da não observância de regras e de suas exceções são passíveis de previsão, ratificando o equívoco em se pensar na criação de um novo direito (DWORKIN, 2010).

Os princípios, entretanto, não funcionam dessa forma, pois mesmo que se aproximem das regras, não apresentam consequências jurídicas automáticas, mas dependem de uma decisão, principalmente se conflitarem com outros princípios presentes no sistema jurídico. Para explicar tal dilema, Dworkin (2010) introduz a tese dos direitos, enfatizando que essas decisões tornam efetivos os direitos políticos já existentes a partir, tanto das questões institucionais (história, moralidade e restrições), quanto de sua moralidade pessoal. Os direitos dos indivíduos em cada sociedade dependem “da prática e da justiça de suas instituições políticas” (p.136), ou seja, os novos julgamentos realizados pelos magistrados remetem às decisões passadas, buscando-se conciliar os precedentes com novas regras. Paralelamente, pode-se incluir nesse debate a doutrina da responsabilidade, na qual os agentes políticos (inclusive os juízes), devem ter a coerência de aplicar o mesmo princípio aos casos iguais, a fim de se garantir a distribuição igualitária do benefício em questão (DWORKIN, 2010).

A partir dessa breve explicação sobre a teoria de Dworkin, pode-se constatar que a crítica à judicialização da política tendo em vista um pretensão ativismo judicial, parte de uma concepção de direito positivista, ou seja, que confunde lei e direito, e cuja aplicação não consegue responder questões complexas, como a conciliação entre a perspectiva majoritária e a proteção dos direitos das minorias (CAMPOS, 2014; DAVID, 1996). Vale ressaltar que essa

visão se aproxima de uma concepção procedimental de Constituição, a qual defende a jurisdição constitucional limitada à garantia de direitos de participação política, ao contrário da concepção substantiva, em que o ativismo é visto como uma forma de proteger os “valores substantivos calcados na Constituição, principalmente no que diz respeito aos direitos fundamentais” (BARBOZA; KOZICKI, 2012, p.68).

Ao mesmo tempo, a crítica ao ativismo é, muitas vezes, acompanhada da defesa do segundo princípio da judicialização da política relacionado aos juízes e a suas decisões: a autorrestrição judicial. Segundo Campos (2020),

(...) a autorrestrição judicial pode ser entendida como a filosofia adjudicatória ou mesmo a prática decisória que consiste em retração do poder judicial em favor dos outros poderes políticos, seja por motivos de deferência político-democrática, seja por prudência político-institucional (CAMPOS, 2020, p.10).

A deferência se refere ao papel dos tribunais de guardiões da constituição, mas em favor do autogoverno popular. Já a prudência, está associada à preservação da estabilidade institucional do judiciário, em que as cortes evitam agir de forma mais enérgica para não sofrerem reações políticas indesejadas, e também à preservação da funcionalidade do sistema, por meio da contenção da litigância. A autorrestrição prudencial ainda está relacionada à preservação do prestígio das cortes, uma vez que caso profiram decisões consideradas muito invasivas, correm o risco de serem ignoradas pelos outros poderes (CAMPOS, 2020).

Além das críticas à judicialização da política relacionadas aos aspectos envolvidos nas decisões dos juízes e à transferência da matéria política, social e moral para a justiça, tendo em vista questões democráticas e referentes à relação entre os poderes e suas competências, há ainda questionamentos sobre seu impacto social. Tais análises ressaltam, principalmente, o predomínio dos pleitos individuais, a desigualdade no acesso à justiça, o esvaziamento dos movimentos sociais pelo deslocamento de suas demandas para o judiciário, e a eclosão de consequências orçamentárias, como o desvio de recursos de políticas prioritárias (FERRAZ, 2011; GLOPPEN, 2006; VIEIRA, 2008; YEPES, 2006). Em relação à última questão, as alegações usualmente estão inseridas no discurso de que os direitos sociais são de realização progressiva, aplicáveis de acordo com a realidade econômica e política do país, argumento que no Brasil é utilizado como reserva do possível. Os próprios magistrados invocam esse princípio ao julgarem ações coletivas (HOFFMANN; BENTES, 2008), desconsiderando, entretanto, que o temido impacto financeiro já ocorre diante do grande volume de ações individuais, mas sem efeitos coletivos.

No caso do direito à saúde, para Schulze (2014), apesar da necessidade de se observar questões orçamentárias, a cláusula da reserva do possível não deve ser utilizada de forma irrestrita, sob pena de se impedir a concretização desse direito (SCHULZE, 2014). Dworkin também questiona se critérios econômicos ou decisões baseadas no impacto econômico são realmente mais justas ou se têm um maior ou menor peso moral (DWORKIN, 2010). Além disso, pode-se destacar que, se de um lado, a intervenção judicial na garantia do direito à saúde pode prejudicar a equidade da assistência, a coerência das políticas e a sustentabilidade financeira do sistema, por outro, representa para os demandantes, a satisfação das suas necessidades básicas e melhoria da sua qualidade de vida (YEPES, 2006).

Esse entendimento é ainda compartilhado por Gargarella (2006), o qual defende que em democracias deliberativas, os juízes não deveriam permanecer passivos com o não cumprimento dos direitos sociais, podendo atuar de diversas formas, tais como questionar as razões do não cumprimento das demandas, pedir soluções, definir diretrizes e propor resultados (GARGARELLA, 2006). Assim, o envolvimento do judiciário nessas questões enriquece o debate democrático, pois ocupa a função estratégica de receber as demandas dos grupos marginalizados ou afetados pelas decisões dos outros poderes, representando outro espaço de luta para esses grupos e o reforço à necessidade de se priorizar as questões mais vitais (GARGARELLA, 2006; GLOPPEN, 2006).

Ao mesmo tempo, há discussões sobre o potencial emancipatório e transformador das decisões judiciais, baseadas na ideia de que o poder progressista das decisões está na concretização da esperança depositada nos textos constitucionais, fazendo com que os atores sociais encontrem um catalisador para a mobilização política (YEPES; GARCÍA-VILLEGAS, 2002; YEPES, 2006). A relação entre as decisões sociais progressistas e as práticas sociais emancipatórias e mudanças sociais não é direta, e depende de diversas variáveis como: o tipo de decisão; o contexto social em que a decisão é tomada (custos políticos, consenso sobre os princípios adotados pelo tribunal); o ator social que recebe a decisão e a estratégia utilizada em sua luta política (coesão interna dos beneficiários, e interesses individuais/coletivos desses atores, peso da estratégia jurídica ou se ela é constitutiva ou conjuntural) e até mesmo do contexto internacional no âmbito das práticas emancipatórias (YEPES; GARCÍA-VILLEGAS, 2002).

Vale ressaltar a complexidade em se avaliar o potencial de transformação social e o impacto real da atuação do judiciário no litígio de direitos sociais, pois depende dos critérios utilizados e do isolamento e/ou combinação de diversas variáveis e estratégias (GLOPPEN, 2006; LANGFORD, 2009). Entre essas variáveis estão os componentes do processo de

judicialização (o quanto as pessoas cujos direitos estão sendo violados apresentam suas demandas às cortes; a responsividade das cortes a essas demandas; a capacidade dos juízes em darem efeito legal aos direitos demandados e a observância/obediência das decisões das cortes pelas autoridades políticas) e suas sub-variáveis, tais como a disponibilidade de ajuda jurídica e barreiras de acesso à justiça; natureza do sistema legal; balanço dos poderes; entre outras (GLOPPEN, 2006). Uma questão importante é que as autoridades, sentindo-se ameaçadas pela receptividade das cortes aos pleitos, podem produzir mudanças em uma política ou um acordo entre as partes, mesmo diante da iminência de uma ação judicial ou no caso de uma decisão desfavorável aos demandantes (LANGFORD, 2009).

As configurações institucionais, tanto do sistema jurídico, como do político, também determinam o impacto produzido pela judicialização da política. O acesso à justiça, por exemplo, depende da disponibilidade de tribunais e das regras e instrumentos processuais, o que é um problema especialmente em periferias e zonas rurais (LANGFORD, 2009). Destarte, instrumentos processuais abstratos e restritos são considerados eficazes para o tratamento de disputas políticas, mas não para a efetivação de direitos, como os modelos concretos (RÍOS-FIGUEROA, 2011), evidenciando a necessidade da discussão sobre como as Cortes Constitucionais, em sede de controle abstrato de constitucionalidade, podem atuar no fortalecimento do direito à saúde.

Focando-se na estrutura dos sistemas de saúde, o volume da litigância, as decisões dos juízes e respostas a essas decisões tendem a acompanhar a infraestrutura política e institucional dos sistemas. As cortes estão mais propensas a intervir em sistemas com maior capacidade instalada e financeira para suportar as imposições, além de direcionarem as decisões para as políticas já existentes. Por outro lado, quando as decisões não são compatíveis com a burocracia estatal, a implementação se torna um desafio ainda maior (BRINKS; GAURI, 2008).

Todo esse debate em torno dos impactos e da capacidade das decisões judiciais em produzir mudanças sociais efetivas tem sido concentrado na defesa do litígio estrutural, um modelo de judicialização que ultrapassa a jurisdição individual, restrita ao caso concreto, e que tem o potencial de dar efeito coletivo aos resultados da ação judicial por meio de mudanças estruturais. Nessa linha argumentativa, Lima (2015) ressalta a ineficácia em se impor ao Estado a prestação de serviços por meio do acúmulo de processos individuais, uma vez que não promovem a mudança social desejada e nem as reformas estruturais e institucionais necessárias.

O autor inclui o litígio estrutural entre os litígios coletivos irradiados, os quais afetam, de formas distintas, diversos grupos de pessoas, com interesses diferentes (muitas vezes opostos) em relação ao objeto do processo, como por exemplo, a construção de uma hidrelétrica em uma região habitada ou a suspensão de atividades prejudiciais ao ambiente, mas viáveis economicamente. O litígio estrutural, especificamente, envolve mudanças no funcionamento de instituições estatais complexas, como os sistemas de saúde, e pressupõe que todos os interesses sejam representados de forma legítima e pluralizada, desde a obtenção de informações para a compreensão adequada do problema, das alternativas, oportunidades e soluções; até a consulta, a cada legitimado coletivo, sobre suas preocupações e aspirações (LIMA, 2015).

Cano (2015) também condiciona o êxito do litígio estrutural à coletivização do processo, sendo que a sentença, mais do que beneficiar os demandantes, deve prever mudanças normativas ou de políticas públicas, que afetam um grande número de pessoas, principalmente as mais vulneráveis, com vistas a corrigir desigualdades, além de propiciar espaços de deliberação e motivar a mobilização social em torno do tema (CANO, 2015). A participação processual, portanto, é fundamental para a observância das decisões e efetivação das transformações estruturais, pois além de promover a adesão do grupo destinatário e a legitimidade social das medidas, reduz o risco de se conhecer aspectos importantes somente no momento da implementação da sentença, o que interfere em sua efetividade (LIMA, 2015).

Para a análise desses processos, Cano propõe que sejam considerados diversos fatores relacionados aos demandantes, ao tipo de decisão proferida e ao acompanhamento da implementação das medidas. Em relação ao demandante, deve-se verificar se a demanda foi interposta por um indivíduo ou por uma coletividade, e se essa coletividade se trata de uma organização social preexistente ao litígio, o que revela se o problema em judice é sistemático e generalizado. Sobre a decisão, verifica-se se há a invalidação de políticas públicas tendo em vista parâmetros internacionais; se a sentença ordena a implementação de políticas já existentes ou sua criação em caso de ausência; ou mesmo se há a ordem de se revisar o processo de elaboração e implementação dessas políticas (CANO, 2015).

O acompanhamento dos resultados também é definidor do sucesso de um litígio estrutural, sendo mister analisar se houve mecanismos de monitoramento efetivos e permanentes (estabelecimento de cronograma, audiências públicas, pedidos de informação, entre outros), e se coletividades relacionadas à demanda participam dessas ações e exercem pressão sobre as autoridades (CANO, 2015). Deve-se considerar ainda que a decisão desse tipo de litígio não é um processo finito, particularmente quando envolve o direito à saúde. A

saúde é dinâmica e é determinada por diversos fatores, novos problemas surgem e novas descobertas são realizadas. Uma forma de se garantir a melhoria constante e progressiva dos sistemas seria a definição de indicadores e metas parciais, com prazos para reavaliação das decisões e sua implementação, cabendo ao juiz a reestruturação da ordem de acordo com a nova realidade (LIMA, 2015). Nas palavras do autor, “não existe decisão aderente à realidade do direito material se não se levar em consideração que a realidade não é estática” (LIMA, 2015, p.619).

Por fim, a partir da discussão sobre os aspectos envolvidos na judicialização da política, pode-se afirmar que o saldo é favorável no que diz respeito à justiciabilidade dos direitos fundamentais, bem como do envolvimento do judiciário em demandas políticas. Barboza e Kozicki (2012) compartilham desse entendimento e ressaltam o consenso na sociedade, inclusive entre atores políticos, em relação à aceitação do novo papel assumido pelo judiciário. As autoras ainda enfatizam que é acertado o controle jurisdicional das políticas públicas, uma vez que são as garantidoras dos direitos fundamentais, principalmente diante da inércia do legislativo e do executivo.

No que se refere aos litígios irradiados, Lima (2015) também avalia como positivos os resultados obtidos pela atuação jurisdicional em políticas públicas, o que é corroborado por sua boa receptividade em vários países do mundo (LIMA, 2015). Vale resgatar a reflexão trazida por Werneck Vianna, Carvalho e Melo *et al.* (1999) em um estudo sobre a judicialização da política no Brasil a partir da análise de Ações Diretas de Inconstitucionalidade, cuja importância já vinha sendo reconhecida para o amparo dos direitos de cidadania e racionalização da administração pública no país. Para os autores, a judicialização da política é tida como parte do jogo democrático, na medida em que a mobilização da sociedade em defesa dos seus direitos, em um contexto de representatividade reduzida e de uma história de repressão e exclusão, não pode ignorar os recursos disponíveis, nem as novas vias de acesso à justiça (WERNECK VIANNA; CARVALHO; MELO *et al.*, 1999).

Evidentemente, há questões que precisam ser aprofundadas e esclarecidas em relação à judicialização da política, como o conceito do que é considerado político. Não basta definir como políticas todas as decisões que afetam um grande número de pessoas, dado que muitos casos que não são puramente políticos também afetam a vida de muitos indivíduos, como ações trabalhistas coletivas, por exemplo (HIRSCHL, 2006). Além disso, é necessário que a atuação do judiciário parta de uma visão menos normativista e descontextualizada dos conflitos sociais e do significado das instituições (NOBRE; RODRIGUEZ, 2011).

Paralelamente, apesar da receptividade das cortes em assumir prerrogativas políticas, há uma passividade, com algumas exceções, em relação a políticas sociais e redistribuição de riquezas e recursos. Na África do Sul e na Índia, por exemplo, há decisões que avançaram em relação à justiça redistributiva e intervenção nas prioridades dos gastos estatais, como em relação erradicação da pobreza e ao acesso à saúde, à educação básica e à habitação (HIRSCHL, 2005; 2006). Vale ressaltar que a Corte Constitucional Sul-africana não reconheceu diretamente esses direitos em termos individuais, mas sim o direito dos cidadãos a terem sua efetivação por meio de medidas legislativas e executivas adequadas (BARBOZA; KOZICKI, 2012). Outro exemplo é o caso dos EUA, onde os avanços sociais foram obtidos em grande parte pelo judiciário, embora haja diversas tentativas conservadoras de se barrar as conquistas e fortalecer os lobbies que atuam no Parlamento (NOBRE; RODRIGUEZ, 2011).

Nessa perspectiva, ao defender a existência de uma Política de Direito, Melo (1994) ressalta que as estratégias político-jurídicas devem ser pautadas em compromissos éticos com as necessidades sociais, ultrapassando objetivos conjunturais do Estado e ações de governo, principalmente se as políticas econômicas visarem a construção ou sustentação de privilégios. Não se trata de determinar a redistribuição geral dos bens e serviços, mas de se buscar a correção, tanto quanto possível, das desigualdades, incluindo o pleno exercício da cidadania (MELO, 1994). Essa tarefa é ainda evidente quando se fala dos juízes constitucionais, os quais devem atuar em espectros cada vez mais amplos em matéria de proteção de direitos, de promoção da inclusão social, da consolidação do Estado Democrático de Direito, do combate à corrupção, à impunidade e também às arbitrariedades. Tal visão do papel do judiciário é fundamental no contexto latino-americano, tendo em vista o acesso desigual à justiça na região e a tendência de as decisões reforçarem os padrões de privilégios (GIMÉNEZ, 2011). Para tanto, é fundamental que se amplie esse acesso e se requalifique a judicialização, incorporando o objetivo de transformação social e estrutural, para que contribua efetivamente para a concretização dos direitos sociais.

4 METODOLOGIA

4.1 Marco metodológico

Para o alcance dos objetivos propostos e resposta às questões de pesquisa, a construção da abordagem metodológica e definição da estratégia de comparação e das variáveis e categorias de análise buscaram contribuições dos campos das Ciências Sociais, Ciência Política, Sistemas Comparados de Saúde e Direito Comparado.

A comparação de fenômenos envolve a confrontação de semelhanças e diferenças, constituindo-se um método importante para se “repensar as concepções, os serviços e a prática” (CONILL; MENDONÇA; SILVA *et al.*, 1991, p.340). No âmbito das Ciências Sociais, a comparação de fenômenos políticos, ainda que de forma menos sistematizada, sempre foi um recurso utilizado no estudo de instituições, sistemas de governo, sistemas eleitorais e processos políticos (BULCOURF; CARDOZO, 2008).

A análise comparativa de políticas públicas, especificamente, é mais recente (MENY; THOENIG, 1992) e, como método, significa uma confrontação empírica dessas políticas, funcionando como ferramenta de controle de resultados, de generalizações, de formulação de teorias e de corroboração de hipóteses (BULCOURF; CARDOZO, 2008). A transposição de hipóteses e de resultados obtidos em outros contextos é uma vantagem do método, uma vez que pode trazer novos conhecimentos e experiências à discussão de políticas nacionais, principalmente em momentos de crises, reformas e transições (CONILL; MENDONÇA; SILVA *et al.*, 1991; MENY; THOENIG, 1992; MARMOR, FREEMAN; OKMA, 2009).

Outra potencialidade dos estudos comparados é a possibilidade de se utilizar variáveis históricas e sócio-políticas na análise, além de uma gama de indicadores, permitindo o desenvolvimento e confrontação de modelos com outras pesquisas e realidades (HORTALE; CONILL; PEDROZA, 1999). Algumas dificuldades e desvantagens de estudos comparados também são relatadas na literatura, sendo a principal, a falta de homogeneidade entre os dados dos países estudados, particularmente dos dados quantitativos secundários (MENY; THOENIG, 1992; CAÏS, 1997; HORTALE; CONILL; PEDROZA, 1999; CONILL, 2012).

Os principais formatos são as análises histórico-comparativa (diacrônica) e a comparativa entre países, os quais podem ser combinados. O método entre países é valioso para estabelecer a generalidade e validade de estudos de um país específico, além de fazer com que sejam revisadas as interpretações e evidências da realidade social (CAÏS, 1997; GÓMEZ-CAMELO, 2005; MARMOR, FREEMAN; OKMA, 2009). A análise histórica, por

sua vez, permite identificar as condições de continuidade ou de não continuidade da organização do Estado e da sua relação com grupos sociais em períodos de crise ou tentativas de reorganização das atividades (EVANS; RUESCHEMEYER; SKOCPOL, 1985). O acompanhamento da trajetória das políticas ao longo do tempo contribui para se explicar a implementação de determinadas políticas e a entrada de problemas e fenômenos sociais na agenda política (WEIR, 1992).

A escolha de quantos e quais países serão comparados vincula-se, tanto ao objeto de estudo, quanto ao método de análise empregado, não se tratando, portanto, de utilizar um universo constituído pelo maior número de casos possíveis (SCHNEIDER; SCHIMITT, 1998). Quanto menor o número de países estudados, maior o número de variáveis que podem ser incluídas, a profundidade e o detalhamento das análises (BULCOURF; CARDOZO, 2008; MARMOR, FREEMAN; OKMA, 2009). A análise diacrônica de um número restrito de países, portanto, permite observar a transformação do fenômeno estudado ao longo do tempo, tarefa difícil de se realizar em estudos focados em um único momento ou em curtos períodos de tempo (como os transversais) e com grandes amostras (MORLINO, 1994; PIERSON; SKOCPOL, 2008). Caïs (1997) destaca a comparação entre países que se selecionam segundo o objeto de estudo e a vantagem em se comparar sociedades vizinhas, uma vez se influenciam permanentemente, existindo a possibilidade de serem mais similares do que sociedades distantes. Evans, Rueschemeyer e Skocpol (1985), por sua vez, sugerem que a estratégia de seleção dos países a serem estudados deve envolver a observação de conjunturas históricas semelhantes em aspectos importantes para, então, analisar-se as variações na organização e capacidades estatais dentro de cada contexto.

Não se trata de afirmar que as mesmas forças produzem os mesmos resultados em todos os lugares ou países, dado que essas forças são moldadas pelos contextos locais e seu percurso político (HALL; TAYLOR, 1996). Embora haja tendências internacionais quanto às respostas à crise econômica, à privatização de serviços de saúde ou à retração de políticas sociais, por exemplo, não se pode negligenciar as especificidades da trajetória de cada país (MENICUCCI, 2007).

A análise histórica ainda pode incluir o estudo da influência de determinadas políticas sobre a formulação de novas políticas, bem como os problemas observados se conectam ao longo do tempo. Essa influência deve ser observada em conexão com variáveis mais gerais do ambiente político, como as estruturas institucionais; a relação entre os poderes; o papel das Cortes; o lugar político dos governos subnacionais; entre outros (IMMERGUT, 2008; MENICUCCI, 2007; PIERSON, 1993; 1994; WEIR, 1992). As políticas podem tanto

inibir, quanto incentivar a formação ou expansão de determinados grupos, além de influenciar sua capacidade de mobilização, prover os recursos necessários e aumentar seu acesso aos tomadores de decisão (PIERSON, 1993; 1994). O desenho das políticas ainda pode criar nichos para atores políticos, os quais se aproveitam de incentivos para ajudarem “grupos latentes” a superarem problemas coletivos (PIERSON, 1993). No caso da análise de políticas de proteção social, segundo Arretche (2007), a principal contribuição está na identificação de quais arranjos institucionais realmente influenciam os comportamentos e decisões dos atores sociais e por meio de quais processos e mecanismos.

Em relação aos estudos comparados dos sistemas de saúde, sua utilização acompanhou o desenvolvimento dos serviços, a partir da maior atuação estatal nas políticas de saúde e demais políticas sociais no século XIX. Posteriormente, com os momentos de crise e processos de reforma dos diversos sistemas, esses estudos foram intensificados, o que contribuiu para o desenvolvimento das tipologias e para a contraposição de desempenhos a partir de indicadores específicos, tornando-se uma ferramenta estratégica para o estudo de tendências regionais (CONILL, 2012; CONILL; XAVIER; PIOLA *et al.*, 2018).

Assim como no caso das políticas públicas, a análise da trajetória dos sistemas de saúde é capaz de evidenciar as convergências e divergências no que se refere à história, ao nível de desenvolvimento e capacidade estatal, às influências internacionais e às transformações demográficas e epidemiológicas (CONILL, 2012). Giovanella, Almeida e Romero *et al.* (2015) também destacam que a configuração dos diversos sistemas de saúde depende da trajetória histórica, política e econômica de cada país e recomendam uma abordagem mais analítica, que não estabeleça uma comparação valorativa entre os sistemas (GIOVANELLA; ALMEIDA; ROMERO *et al.*, 2015).

Paralelamente, Hernández-Álvarez (2001) ressalta que, mais do que resultados, a comparação de sistemas de saúde deve incluir os processos sociopolíticos de longo prazo para a formulação de explicações sobre as diferenças encontradas. Para tanto, a análise envolve a exploração da participação, das lutas concretas, dos confrontos e alianças e dos sucessos e falhas dos atores envolvidos. Deve-se perguntar o papel da tecnocracia dos organismos internacionais, dos diversos setores produtivos, dos atores estatais, entre outros, para se compreender as configurações dos sistemas (HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, 2001). Conill (2012) também destaca a importância de se aprofundar a análise comparativa ao se considerar o tempo necessário para a consolidação de um sistema de saúde, o que requer a abordagem do papel e visão dos diversos grupos sociais imbricados nesse processo.

Ao mesmo tempo, para além da análise das políticas de saúde e do seu contexto histórico e sistêmico, o estudo da efetivação do direito à saúde no Brasil e na Colômbia envolveu o exame dos aspectos jurídicos e doutrinários relacionados ao reconhecimento e à garantia desse direito. Nessa perspectiva, o direito comparado também trouxe elementos importantes, uma vez que se trata de um método de comparação entre ordens e sistemas jurídicos de diferentes países, a partir da observação dos determinantes da sua estrutura, confrontando os seus pontos comuns ou distintivos com foco em questões jurídicas específicas (OVÍDIO, 1984; ALMEIDA, 1998).

O método ainda abrange a exploração de aspectos não jurídicos (como o contexto socioeconômico, por exemplo), e da evolução histórica, as quais podem influenciar os constituintes jurídicos dos sistemas em estudo (ALMEIDA, 1998). Segundo Ovídio (1984), a comparação de ordenamentos jurídicos permite ainda captar as características básicas dos diversos países, o espírito do seu povo, as suas instituições e o seu projeto histórico (p.179).

A análise comparada realizada neste estudo, portanto, ultrapassa a confrontação de indicadores e características dos sistemas de saúde do Brasil e da Colômbia ao considerar os processos históricos, sociopolíticos e jurídicos envolvidos na efetivação do direito à saúde nos dois países. Tal abordagem permitiu uma reflexão metodológica ampla e pluralista, a qual, de acordo com Ovídio (1984) é fundamental para a comparação de direitos.

4.2 Coleta dos dados e informações

Trata-se de um estudo quali-quantitativo, em formato de estudo de casos múltiplos (YIN, 2005), que buscou a contribuição de diversos enfoques teóricos para a definição das variáveis de coleta e categorias de análise, além de utilizar a combinação de ferramentas técnico-metodológicas e fontes de dados e informações. De acordo com Minayo (2010), o formato de estudo de casos é útil para se compreender processos de mudança e relações causais entre intervenções, favorecendo as comparações. Ressalta-se ainda o caráter estratégico da combinação entre questões objetivas e subjetivas para a análise de fenômenos sociais, o que possibilita a apreensão, tanto de regularidades e frequências, quanto de relações, representações e pontos de vista dos sujeitos (MINAYO, 2010, p.63).

A coleta de dados e informações foi dividida em duas etapas não consecutivas e o período considerado para coleta e análise dos dados e informações foi a partir da promulgação da Constituição de cada país (1988, no caso do Brasil e 1991 no da Colômbia), considerando

processos históricos envolvidos, até início de 2020, anteriormente à deflagração da pandemia por COVID-19.

A primeira etapa da investigação envolveu a análise documental, a revisão narrativa da literatura (TURATO, 2005) e a consulta a sistemas de informação, base de dados secundários e sites institucionais. A análise documental incluiu o estudo de manuais, notas e relatórios técnicos relativos aos contextos nacionais; do marco legal relacionado ao reconhecimento e às garantias do direito à saúde no Brasil e na Colômbia (Constituições, Leis; Portarias, Decretos, Normas e Resoluções) e também de jurisprudências das cortes supremas de ambos os países. A revisão da literatura, por sua vez, abrangeu artigos, teses e livros. A chamada literatura cinzenta e artigos de imprensa também foram incluídos para obtenção de informações do contexto atual, que porventura ainda não constavam em documentos científicos e históricos (CORREIA; LUCK; VERNER, 2020; MORLINO, 1994; GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014; NOVAES; SOÁREZ, 2016).

As buscas foram realizadas nas principais bases de dados de literatura científica e oficiais dos países, tais como a Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Ministérios da Saúde do Brasil e da Colômbia. As palavras-chave utilizadas na SciELO foram: direito à saúde/derecho a la salud; judicialização/judicialización; política de saúde/política de salud; Sistema Único de Saúde; decisiones em salud; legislación de la salud; tutela; jurisprudência/jurisprudencia; Brasil/Colombia. Essas palavras foram utilizadas sozinhas ou de forma combinada e selecionaram-se as referências relacionadas ao objeto e período do estudo. Paralelamente, foram utilizadas as referências citadas nos documentos analisados que se mostraram pertinentes aos objetivos propostos.

Essa etapa ainda compreendeu a consulta às bases e sistemas de informação de organizações de cooperação técnica internacionais, com o objetivo de se obter dados e indicadores dos contextos social, econômico, demográfico e epidemiológico dos países, seus sistemas de saúde e situação de saúde da população. O critério de utilização das bases foi apresentar os dados, de forma mais completa, para o período de análise e para os dois países. Foram consultados o Banco Mundial; a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD); o *Global Data Lab* e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). No caso colombiano, as páginas institucionais das Entidades Promotoras de Saúde também foram consultadas e no brasileiro o Siga Brasil do Senado Federal para informações sobre o orçamento da Seguridade Social (Figura 1).

Paralelamente, houve a coleta de dados sobre a judicialização da saúde nos dois países, sendo examinados os dados disponíveis no Conselho Nacional de Justiça (CNJ) para o

Brasil e os informes estatísticos anuais da *Defensoría del Pueblo* e a jurisprudência da *Corte Constitucional*, para a Colômbia.

A segunda etapa da coleta envolveu a realização de entrevistas, em formato virtual, com atores-chave envolvidos nos processos de reforma dos sistemas de saúde e na judicialização da saúde de ambos os países, tais como acadêmicos e pesquisadores, gestores, juízes e promotores. A técnica utilizada foi a entrevista semiestruturada com especialistas, a qual se caracteriza pelo interesse nas informações fornecidas pelo entrevistado enquanto um expert em determinado tema ou objeto, podendo, assim, ser considerado um representante de um grupo definido (FLICK, 2009).

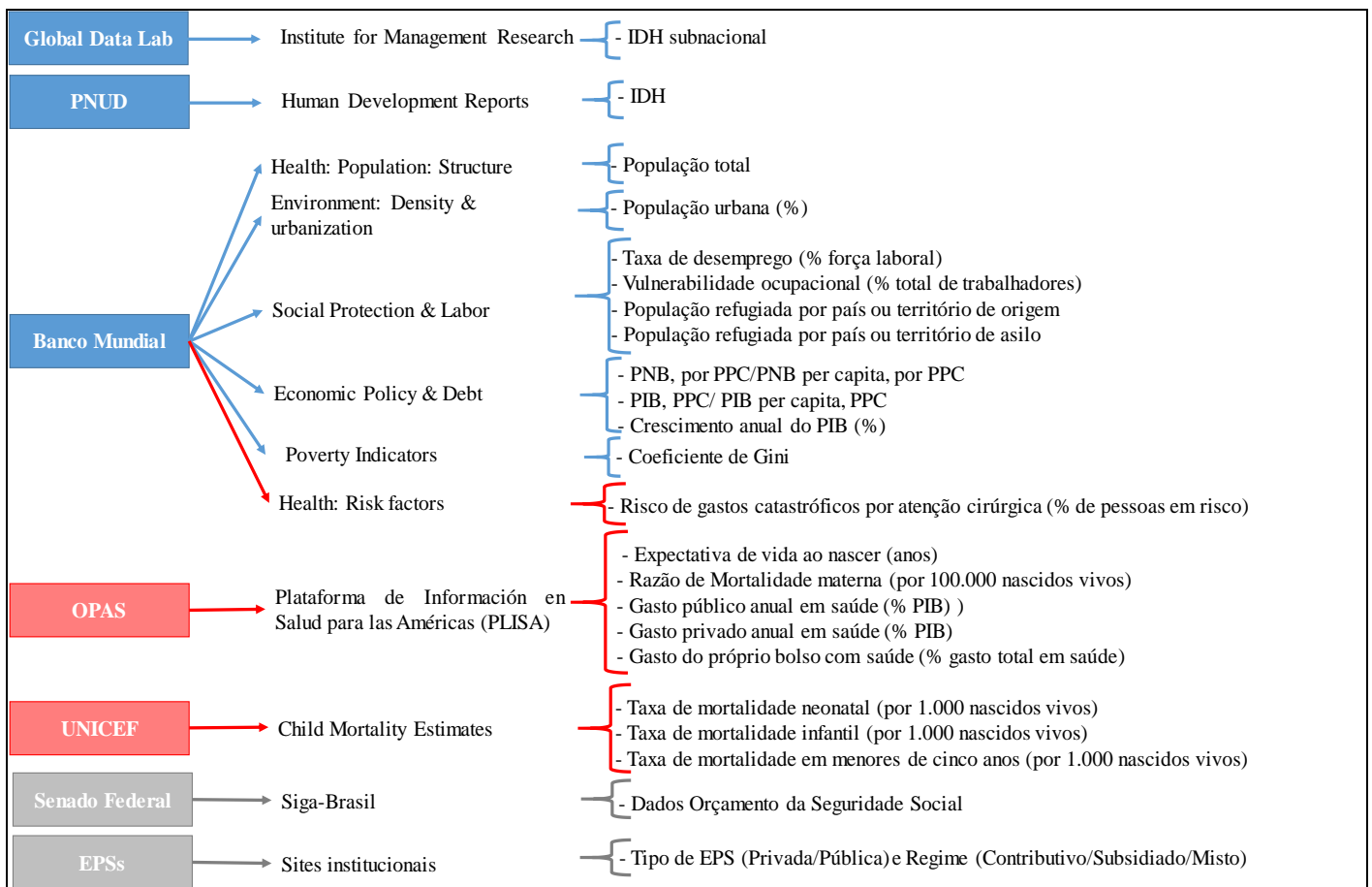


Figura 1 - Dados e indicadores coletados de acordo com as bases consultadas.

Dessa forma, as entrevistas visaram obter explicações e visões desses atores sobre os resultados obtidos na primeira etapa, tendo em vista sua posição estratégica na busca pelo direito à saúde em cada país. O recrutamento se deu por convite, após sua identificação como ator-chave, seja por destaque em publicações científicas, na implementação de políticas ou participação em marcos históricos. O convite foi enviado diretamente ao e-mail de contato do

participante, com três opções de data e horário para escolha. Um novo e-mail foi enviado três dias antes da entrevista agendada, contendo as informações sobre sua organização (gravação, cuidados e garantias éticas), o link da sala virtual e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram realizadas na plataforma gratuita *Google Meet* e gravadas por meio do software, também gratuito, *Open Broadcaster Software (OBS Studio)*.

A amostragem obedeceu ao critério de saturação, ou seja, a realização das entrevistas foi interrompida quando foi possível a compreensão das “múltiplas dimensões do objeto de estudo” a partir de informações recorrentes, complementares e ímpares (MINAYO, 2010, p.197). Foram realizadas 15 entrevistas entre 08 de março a 19 de junho de 2021, sendo oito referentes ao Brasil e sete à Colômbia, com duração média de uma hora cada, totalizando 15 horas de material gravado. Dois participantes da Colômbia foram entrevistados duas vezes, ou seja, as sete entrevistas se referiram a cinco especialistas. Seis especialistas (dois brasileiros e quatro colombianos) não responderam ao convite enviado (Tabela 1).

Tabela 1 - Dados gerais das entrevistas segundo período de realização, número de participantes e de entrevistas e duração total e média, 2021.

Dados gerais das entrevistas	Geral	Brasil	Colômbia
Período de realização ¹	8/mar a 19/jun de 2021	8/mar a 05/abr de 2021	18/mar a 19/jun de 2021
Nº de participantes ²	13	8	5
Nª de entrevistas ³	15	8	7
Tempo total das entrevistas ⁴	15:00:56	07:18:24	07:42:32
Duração média das entrevistas ⁵	01:00:04	00:54:48	01:06:05

¹Intervalo de um mês entre os dias 13/abr e 12/maio e entre 19/maio e 19/jun.

²Seis especialistas (dois do Brasil e quatro da Colômbia) não responderam ao convite enviado.

³Dois participantes da Colômbia realizaram duas entrevistas cada.

⁴Duração total, sem o tempo destinado à leitura do TCLE.

⁵Duração total (sem TCLE) dividida pelo número de entrevistas.

Entre os participantes, seis são do gênero feminino e sete do masculino e a maioria atua em universidades e centros de pesquisa públicos e/ou privados. Todos os entrevistados possuem mais de uma inserção/experiência profissional, seja acadêmica, seja no sistema de justiça, seja nos serviços de saúde (gestão e assistência), o que revela o papel estratégico do grupo entrevistado para a discussão da efetivação do direito à saúde no Brasil e na Colômbia (Quadro 1). Vale ressaltar que as informações relativas à atuação profissional dos participantes foram descritas de forma desagregada, ou seja, as vinculações de cada entrevistado não foram tratadas em conjunto a fim de minimizar o risco de identificação

desses atores. O tempo de atuação nas diversas inserções dos participantes variou de um a 40 anos, sendo que a maioria atua no campo do direito à saúde há mais de 10 anos.

Uma vez que se trata de um estudo amplo que envolve um fenômeno social e que dependeu de diversos informantes, a construção dos roteiros exigiu preparação e estudo sobre o tema, com planejamento das perguntas, mas sem torna-lo inflexível (THOMPSON, 1992). O roteiro básico continha perguntas gerais (Apêndice 1), sendo que, a cada entrevista, foram incluídas questões relacionadas à experiência e ao papel social do participante. Paralelamente, questões evidenciadas em uma entrevista foram levadas para as entrevistas seguintes, visando uma triangulação das visões dos informantes (MINAYO, 2010). Um resultado interessante dessa estratégia de entrevista foi que, ao se avaliar e analisar o conjunto de informações e relatos obtidos, teve-se a impressão de que os participantes estariam dialogando entre si, revelando um material empírico singular e que foi fundamental para a análise proposta.

4.3 Análise dos dados e informações

Ao longo da coleta constatou-se que especificidades das fontes e das bases disponíveis de cada país dificultariam a comparação a partir da confrontação direta dos dados. No caso da judicialização da saúde, particularmente, o nível de detalhamento histórico, com abrangência nacional, obtido por meio da análise dos relatórios da *Defensoría del Pueblo*, por exemplo, perder-se-ia caso os resultados fossem ajustados e reduzidos em seu detalhamento para se alcançar uma correspondência comparativa aos dados disponíveis no Brasil. Na Colômbia, a *Defensoría* realiza, anualmente (1999-2019), uma análise das tutelas em saúde interpostas no país, a partir dos dados fornecidos pela Corte Constitucional, utilizando uma metodologia padronizada que permite a generalização (amostra representativa) e a comparação histórica.⁵ Tal contexto de análise não é possível no caso do Brasil, pois, apesar de haver diversos estudos importantes sobre a judicialização, regionais e nacionais, não há ainda um monitoramento nacional constante e em longo prazo que permita uma série histórica abrangente e representativa do cenário brasileiro. Por outro lado, os indicadores do Brasil se mostraram com maior consistência histórica, sem grandes intervalos com ausência de dados.

⁵ É realizada, primeiramente, uma análise do universo das tutelas em saúde que chegaram à Corte Constitucional no ano anterior, no que se refere às entidades demandadas, aos locais de origem e à orientação das decisões dos magistrados. Em seguida, a partir de uma amostra aleatória estratificada por departamento, são analisados os pedidos; se as tecnologias e/ou serviços demandados são cobertos; regime do tutelante; entre outras variáveis. Em todos os relatórios é realizada a comparação com os dados do relatório anterior e em alguns há uma análise temporal mais ampla (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2004; 2007; 2009; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019; 2020).

Diante desse contexto, cada caso foi estudado separadamente, buscando-se homogeneidade e correspondência em relação aos eixos e categorias de análise. A análise comparativa se deu em um segundo momento, focada nos resultados e conclusões obtidos do estudo de cada caso, tendo em vista a possibilidade de compartilhamento e diálogo, indo além da contraposição de semelhanças e diferenças.

No estudo de cada caso, os dados e informações coletados na primeira e segunda etapas foram analisados tendo em vista três eixos relacionados aos três primeiros objetivos específicos. No primeiro eixo, Contexto Sócio Histórico, foi realizada uma análise descritiva dos contextos nacionais, com vistas a compreender a conjuntura histórica, política e social em aspectos relevantes para a discussão do direito à saúde nos dois países, tais como a construção das novas Constituições brasileira (1988) e colombiana (1991) e aspectos sociais e econômicos relevantes para a discussão. Além disso, foram analisados indicadores sociais, econômicos e de mortalidade no período de 1990 a 2019, a fim de se obter um panorama histórico da situação social e de saúde da população, sempre em discussão com as informações históricas e qualitativas. As perspectivas ou recortes de análise dos indicadores e aspectos históricos, políticos e sociais foram por ano e por mandato presidencial.

O eixo dois, por sua vez, referiu-se à discussão acerca do reconhecimento do direito à saúde nos dois países, sendo examinados os processos de reforma sanitária e como o direito à saúde foi positivado (texto constitucional, tratados e pactos internacionais; interesses envolvidos). Além disso, esse eixo trata das garantias políticas para a efetivação do direito à saúde, ou seja, de como os países e seus sistemas de saúde se organizaram para buscarem garantir o direito que foi reconhecido. As categorias de análise incluem os marcos legais e políticas estruturantes; características do sistema de saúde (organização; estrutura; elegibilidade e acesso; financiamento; relação público-privada; participação social; interesses e influências); avanços, retrocessos e desafios.

O terceiro eixo trouxe as questões afetas à judicialização da saúde e visou confrontar essas questões com as informações analisadas nos eixos anteriores, com foco na efetivação do direito à saúde. Foram debatidas as características das duas ordens jurídicas (tipo de sistema jurídico, controle de constitucionalidade; fontes de direito; estrutura e funcionalidade das instituições constitucionais; órgãos de aplicação do direito; papel das cortes supremas), as características da judicialização (volume de ações, principais tipos de pedidos; tendência das decisões e distribuição geográfica das ações) e as consequências da judicialização (Quadro 2).

Quadro 1 - Perfil dos participantes das entrevistas, 2021.

Perfil dos participantes	Brasil	Colômbia
Gênero		
<i>Feminino</i>	2 participantes	4 participantes
<i>Masculino</i>	6 participantes	1 participante
Atuações profissionais/Vinculações institucionais atuais		
<i>Universidade(s)/Centro(s) de pesquisas</i>	- Universidades federais e estaduais - Fundações	- Universidades públicas e privadas - Fundações
<i>Sistema de justiça</i>	- Ministério Público Federal e Estadual - Centro de Apoio Operacional Saúde MP - Justiça Federal - CNJ	- Sala especial da <i>Corte Suprema de Justicia</i>
Atuações profissionais/Vinculações institucionais pregressas		
<i>Universidade(s)/Centro(s) de pesquisas</i>	- Hospital-Escola privado - Universidades internacionais - Universidade pública	- Universidades internacionais - Universidades privadas
<i>Gestão e assistência</i>	- Secretaria Estadual e Municipal de Saúde - Coordenação de Atenção à saúde (município) - Departamento de Planejamento e Regulação (município) - Cargos diversos no Ministério da Saúde - ANS	- Experiência assistencial em região de conflito armado
<i>Sistema de justiça/Rama judicial</i>	- Justiça federal - Advocacia estadual - Procuradoria geral estadual - Fórum Nacional de Saúde CNJ	- <i>Consejo Superior de la Judicatura</i>
Área(s) de formação (graduação)		
<i>Ciências sociais</i>	1	--
<i>Direito</i>	4	1
<i>Enfermagem</i>	1	--
<i>Informática para a saúde</i>	--	1
<i>Medicina</i>	2	2
<i>Psicologia</i>	1	--
<i>Química Farmacêutica</i>	--	1
<i>Saúde Pública</i>	1	--
Áreas de formação acadêmica		
<i>Especialização</i>	- Processo Penal - Residência em Planejamento e Administração em Saúde	- Direito público/ Direito laboral - Relações internacionais - Bioética
<i>Mestrado</i>	- Direito - Filosofia e Políticas Públicas - Ciência Jurídica - Saúde Pública - Sociologia - Medicina Interna	- Direito - Farmacologia - História - Epidemiologia - Sociologia
<i>Doutorado</i>	- Direito Processual Civil - Ciência Jurídica - Ciência Política - Direito - Saúde Pública - Planejamento e Administração na Saúde Coletiva	- Direito - Farmácia - História - Saúde Pública
<i>Pós-doutorado</i>	Direito Processual Civil	

Em todos os eixos, os resultados obtidos por meio da análise documental, revisão da literatura e consulta aos sistemas de informação foram dialogados e confrontados com as informações originadas das entrevistas, preenchendo lacunas e buscando explicações. Após a transcrição das entrevistas, a análise de conteúdo (BARDIN, 2011) foi combinada com a análise crítica do discurso (FAIRCLOUGH, 2016). A primeira análise buscou a descrição sistemática e objetiva do conteúdo das comunicações, por meio da categorização temática definida a partir dos objetivos do estudo (BARDIN, 2011).

Além da análise focada nas categorias e temas identificados na análise do conteúdo, o discurso foi considerado um importante instrumento para se compreender o fenômeno social estudado. Segundo Fairclough (2016), o discurso ultrapassa uma questão meramente individual ou situacional, constituindo uma prática social, ou seja, um modo de agir das pessoas sobre o mundo e sobre os outros, além de ser uma forma de representação e transformação das identidades e relações sociais e dos sistemas de conhecimento e crença. A prática social é ao mesmo tempo condição e efeito da estrutura social, a qual estabelece uma relação dialética com o discurso, movimento que não pode ser perdido de vista durante a análise. Dessa forma, o discurso dos participantes foi capaz de revelar as várias orientações da prática social - econômica, política, cultural e ideológica - e suas posições no que se refere, por exemplo, à relação entre a democratização e comoditização (FAIRCLOUGH, 2016), ou ao papel da iniciativa privada no sistema de saúde, à tensão entre a visão do usuário como cidadão ou consumidor, ou da saúde como direito ou mercadoria.

Por fim, no que se refere aos indicadores, foram realizados a análise descritiva (medidas de tendência central, desvio padrão e percentis); testes de correlação e, para a observação de tendências históricas, a construção de gráficos e tabelas e o cálculo do percentual da diferença entre os resultados de diversos períodos para se verificar a evolução de algumas medidas (CONILL; XAVIER; PIOLA, 2018).

4.4 Aspectos éticos

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sob o parecer número 3.823.605 (Anexo 1), de acordo com a Resolução nº 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP (BRASIL, 2012a) e a Resolução nº 8.430/1993 do Ministério da Saúde colombiano (COLOMBIA, 1993b).

Quadro 2 - Descrição dos métodos e fontes utilizados no estudo do caso da Colômbia e do Brasil, segundo eixos e categorias de análise, 2021.

ESTUDO DE CASOS		COLÔMBIA			BRASIL		
Eixos	Categorias/informações buscadas	Métodos de coleta	Fontes	Métodos de análise	Métodos de coleta	Fontes	Métodos de análise
Contexto sócio histórico	<ul style="list-style-type: none"> Aspectos e fatos históricos relevantes para a discussão do direito à saúde Características gerais do país Contexto social, econômico e político Cenário e interesses internacionais Processo constituinte e Novo Constitucionalismo Latino-Americano 	Revisão narrativa da literatura	-Artigos -Teses e livros -Literatura cinza	-Análise de conteúdo -Análise crítica do discurso	Revisão narrativa da literatura	-Artigos -Teses e livros -Literatura cinza	- Análise de conteúdo - Análise crítica do discurso
		Análise documental	- Documentos técnicos	- Análise de conteúdo	Análise documental	- Documentos técnicos	- Análise de conteúdo
		Busca de dados secundários/ indicadores	- Banco Mundial - PNUD - Global Data Lab - OPAS - UNICEF - IDMC	- Médias e frequências - Tendência histórica - Testes de correlação - Gráficos temporais	Busca de dados secundários/ indicadores	- Banco Mundial - PNUD - Global Data Lab - OPAS - UNICEF	-Médias e frequências - Tendência histórica - Testes de correlação - Gráficos temporais
		Entrevistas	Participantes colombianos	- Análise de conteúdo - Análise crítica do discurso	Entrevistas	Participantes brasileiros	- Análise de conteúdo - Análise crítica do discurso
Reconhecimento e garantias do direito à saúde	<ul style="list-style-type: none"> Processo de reconhecimento: atores envolvidos; influências e interesses Formato reconhecimento e tipo de direito Marco legal e políticas estruturantes Princípios e diretrizes do sistema de saúde 	Revisão narrativa da literatura	-Artigos -Teses e livros -Literatura cinza	- Análise de conteúdo - Análise crítica do discurso -Linha do tempo	Revisão narrativa da literatura	-Artigos -Teses e livros -Literatura cinza	- Análise de conteúdo - Análise crítica do discurso -Linha do tempo
		Análise documental	- Constituição 91 - Pactos e tratados internacionais - Notas técnicas e manuais - Leis, decretos, resoluções e acordos	- Análise de conteúdo - Linha do tempo	Análise documental	- Constituição 88 - Pactos e tratados internacionais - Notas técnicas e manuais - Leis, decretos, portarias e resoluções	- Análise de conteúdo - Linha do tempo
		Busca de dados secundários/ indicadores	- Banco mundial - OPAS	- Médias e frequências - Tendência histórica - Testes de correlação - Gráficos temporais	Busca de dados secundários	- Banco mundial - OPAS	- Médias e frequências - Tendência histórica - Testes de correlação - Gráficos temporais

	<ul style="list-style-type: none"> • Características do sistema de saúde: organização; estrutura; elegibilidade e acesso; financiamento; relação público-privada; participação social; interesses e influências • Avanços, retrocessos e desafios 	Entrevistas	Participantes colombianos	- Análise de conteúdo - Análise crítica do discurso	Entrevistas	Participantes brasileiros	- Análise de conteúdo - Análise crítica do discurso
Sistema de justiça e judicialização da saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema jurídico: tipo; controle constitucionalidade; fontes de direito; organização judiciária; acesso à justiça; atuação das cortes supremas. • Judicialização: características gerais das ações; evolução das ações; pedidos; prestações jurisdicionais; tendência das decisões; distribuição geográfica; jurisprudências e decisões cortes supremas • Consequências 	Revisão narrativa da literatura	-Artigos -Teses e livros -Literatura cinza	- Análise de conteúdo - Análise crítica do discurso -Linha do tempo	Revisão narrativa da literatura	-Artigos -Teses e livros -Literatura cinza	- Análise de conteúdo - Análise crítica do discurso -Linha do tempo
		Análise documental	- Jurisprudência Corte Constitucional -Relatórios <i>Defensoría del Pueblo</i>	- Análise de conteúdo	Análise documental	- Jurisprudência STF - Relatórios CNJ	- Análise de conteúdo
		Busca de dados secundários	-Relatórios <i>Defensoría del Pueblo</i>	- Análise de conteúdo - Médias e frequências - Testes de correlação - Qui-quadrado - Gráficos temporais	Busca de dados secundários	- Relatórios CNJ	- Análise de conteúdo - Médias e frequências - Testes de correlação
		Entrevistas	Participantes colombianos	- Análise de conteúdo -Análise crítica do discurso	Entrevistas	Participantes brasileiros	- Análise de conteúdo -Análise crítica do discurso

Inicialmente, as entrevistas seriam realizadas presencialmente, mas diante da necessidade de prevenção, tendo em vista o risco de contaminação por Covid-19, o formato foi modificado para não presencial/virtual, por vídeo. A mudança metodológica foi aprovada sob o parecer número 4.384.405 (Anexo 2).

As entrevistas foram gravadas para facilitar o processo de transcrição e análise e, aos participantes, foram garantidos a proteção da imagem, o anonimato, o sigilo e a confidencialidade das gravações. Alguns dias antes da entrevista, foi enviada ao participante uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice 2), assinada eletronicamente pelos pesquisadores. Para as entrevistas realizadas em espanhol, foi disponibilizada uma versão traduzida do TCLE - *Consentimiento Informado* (Apêndice 3). No início da entrevista, foi solicitada a permissão para gravação do encontro e realizada a leitura compartilhada do TCLE, finalizando com a leitura, pelo entrevistado, do texto de consentimento. Os participantes foram identificados numericamente e vale lembrar que as informações foram descritas de forma desagregada, a fim de se evitar a identificação dos participantes.

5 O CASO COLOMBIANO: MODELO DE COBERTURA UNIVERSAL EM UMA SOCIEDADE DESIGUAL E EM BUSCA DA PAZ

5.1 Contexto histórico, político e social: bases para o estudo do direito à saúde na Colômbia

Lembremos que sem saúde não há paz e sem paz não há saúde. Uma paz que não seja preenchida com as mudanças necessárias para superar a desigualdade e a injustiça não merece ser chamada de paz (HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, [2013?], p.3, tradução nossa).

A Colômbia possui uma grande extensão territorial, ocupando uma área continental de 1.141.748 km², que faz fronteira com o Brasil, Equador, Panamá, Peru e Venezuela e é dividida em 32 departamentos (Figura 2) e 1096 municípios (INSTITUTO GEOGRÁFICO AGUSTÍN CODAZZI, IGAC, 2021a). Em 2020, a Colômbia foi classificada como o segundo país mais populoso da América do Sul e o 29º do mundo, com população total de 50.882.884 pessoas, o que representou uma taxa de crescimento populacional de 53,71% em relação a 1990, quando a população era de 33.102.569 habitantes (Apêndice 4).⁶ Ao longo de todo o período de análise (1990-2020), a média da taxa de crescimento populacional foi de 1,44% ao ano, apresentando queda entre 1990 e 2012 (de 1,98% para 0,90%) e um curto período de elevação entre 2013 e 2018 (de 0,91% para 1,54%), voltando a cair até 2020 para 1,08% (Gráfico 1).

A República Colombiana é unitária e descentralizada administrativamente, com manutenção da autonomia de suas entidades territoriais e, como um Estado Social de Direito, está fundada no pluralismo e no “respeito à dignidade humana, ao trabalho e à solidariedade das pessoas que a integram e na soberania do interesse geral”, conforme definido no primeiro artigo da Constituição Política da Colômbia, de 1991 (COLOMBIA, 1991a).

A centralização do poder político já havia sido prevista na Constituição anterior, de 1886, em contraposição ao Estado Federal. Tratava-se de uma Constituição retrógrada e conservadora, que não possuía uma Carta de Direitos significativa e que favorecia a manutenção de poderes extraordinários pelo presidente (Participantes 4 e 12). Um exemplo nesse sentido foi a declaração e permanência do país em estado de sítio, entre 1949 e 1991 (YEPES, 2004). Essa denominação para os superpoderes presidenciais passou a ser estado de

⁶População total. Fonte: The World Bank. Health: Population: Structure. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?end=2020&locations=BR-CO&start=1990&view=chart>>. Acesso em: 01 nov. 2021.

exceção a partir da Constituição de 1991, cujo processo de construção e promulgação foi fruto de uma cadeia de eventos que culminou em uma mobilização popular por uma nova constituinte.

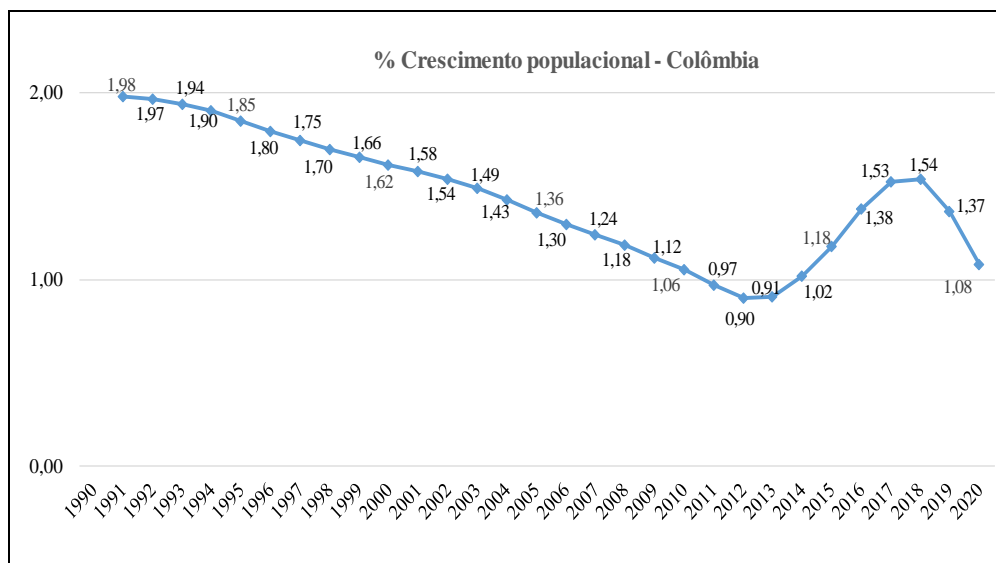


Figura 2 -Mapa oficial político administrativo da Colômbia (IGAC, 2021b).

Apesar do país ser uma das mais antigas democracias da América Latina e ter uma longa tradição de governos civis e eleições regulares, enfrentava um período de altos níveis de

violência, abusos de direitos humanos e grave desigualdade social (YEPES; GARCÍA-VILLEGAS, 2002; YEPES, 2004). Segundo o Participante 9, ao final dos anos 1970, movimentos pela paz foram iniciados com as guerrilhas de esquerda que se constituíram nos anos 60 com projeto revolucionário e socialista e cujo surgimento se deve ao controle e à repressão, a qualquer tipo de oposição, por parte das elites políticas.

Então, claro, [a guerrilha surgiu] nesse contexto, em um sistema político bipartidarista, elitista, que parecia uma ditadura civil, porque havia feito um pacto chamado Frente Nacional, que não necessitou um ditador, como o Brasil, ou como a Argentina (...) (Participante 9, tradução nossa).



Fonte: The World Bank, 2021 (elaboração e cálculos próprios). Dados completos no Apêndice 4.

Gráfico 1 - Taxa de crescimento populacional anual, Colômbia, 1990-2020.

Esse pacto (1958-1974) significou alianças e acordos de interesses entre o partido Liberal e o Conservador, com alternância na Presidência e divisão da burocracia e dos benefícios estatais, com veto a outros partidos e movimentos políticos (PÉREZ; CEBALLOS; GRANADOS, 2002; MORENO MANCERA, 2014). Apesar da convicção de muitos cidadãos de que todos deveriam ter os mesmos direitos, de que as minorias deveriam ser respeitadas e que deveria haver a livre expressão de ideias, os grupos de poder acreditavam que era seu direito e dever orientar o país e reprimir as visões políticas contrárias, pois eram perigosas. Havia a separação entre a “gente de bem” e as “pessoas comuns”, com desprezo às minorias étnicas e à cultura popular (MELO, 2017, aspas do autor).

Nem mesmo o exército foi capaz de desafiar a estrutura de poder consolidada - intimamente vinculada às elites econômicas urbanas e rurais - restringindo-se, assim, a

controlar protestos (MORENO MANCERA, 2014). As greves ou marchas camponesas se transformavam em batalhas com mortes e prisões e os sindicatos não conseguiam negociar com as empresas, dada a mão de obra abundante (MELO, 2017). Diante da atuação repressora do exército e das características do pacto, os movimentos sociais de camponeses, estudantes e trabalhadores, contra o sistema político e econômico e como parte da luta pelo fortalecimento da esquerda colombiana, formaram grupos guerrilheiros, como o *Ejército de Liberación Nacional* (ELN) e as *Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia*, as FARC (ARCHILA; COTE, 2015; MELO, 2017; MORENO MANCERA, 2014).

Apesar do desmonte do Frente Nacional a partir de 1974, seus efeitos se prolongaram até 1986, com impedimento de ideias e movimentos políticos que não fossem liberais ou conservadores; manutenção das desigualdades; repressão às guerrilhas e surgimento de grupos paramilitares (MELO, 2017). De acordo com o autor, devido ao seu projeto inicial de tomada do poder para se alcançar a justiça social, as guerrilhas tinham o apoio de camponeses e estudantes, mas acabaram recorrendo a sequestros e alianças com narcotraficantes para se financiar. Os militares, por sua vez, cometeram diversos crimes contra os direitos humanos, como torturas e assassinatos, além de utilizarem estratégias para encobrirem erros e justificarem suas ações, como os chamados falsos positivos.⁷

Segundo Archila e Cote (2015), ao contrário, os setores paramilitares, ou a direita civil, foram os grupos que realmente se ligaram à crescente atividade do narcotráfico, inclusive como fonte de financiamento, fazendo a chamada “guerra suja”, com apoio das elites civis e militares. O próprio surgimento desses grupos está relacionado ao sequestro de um narcotraficante, dentro de um argumento pautado na necessidade de “autodefesa” por parte da elite rural (ARCHILA; COTE, 2015, p.97 aspas dos autores).

Nesse cenário, em meio ao combate aos movimentos insurgentes e à crise alimentada pelo narcotráfico e pela guerra contra o narcotráfico, apoiada pelos EUA,⁸ a Colômbia entrou em uma escalada de conflitos e violência, com uma grande quantidade de desaparecidos e de mortos não reconhecidos (Participante 9). O ápice ocorreu quando o Estado perdeu o controle de várias partes do território colombiano, culminando com a ocupação da Suprema Corte pelo *Movimiento 19 de abril*, o M-19, em 06 de novembro de 1985, durante o governo de Belisario Betancur (1982-1986), presidente eleito pelo Partido Conservador (GARGARELLA, 2013).

⁷Assassinatos de inocentes pelas forças de segurança, atestados como mortes de guerrilheiros, a fim de inflar a contagem de baixas e aparentar eficiência do Exército para obter promoções e recompensas financeiras (DARIO, 2010). Após os assassinatos, os soldados vestiam as vítimas como se fossem membros das guerrilhas e colocavam armas em suas mãos (MELO, 2017).

⁸Segundo Molina *et al.*, (2002), a assistência financeira, material e técnica pelo governo dos EUA para o combate ao narcotráfico aumentou 54% entre 1991 e 2001, em uma média de 56 milhões de pesos anuais.

A situação foi então controlada pelo exército, mas o Palácio foi queimado e os membros da Corte foram assassinados (Participante 12). Cerca de 100 pessoas morreram no processo de retomada do edifício e outras desapareceram, foram torturadas ou executadas extrajudicialmente.⁹

Uma semana depois, ocorreu outro evento aterrador desse momento histórico: a destruição e desaparecimento do município de Armero (departamento de Tolima) devido à avalanche causada pela erupção do vulcão Nevado del Ruiz, que levou à morte de mais de 20 mil pessoas.¹⁰ Segundo a Participante 12, foram emitidos alertas, mas a cidade não foi evacuada por uma decisão política tomada por um ministro do governo, o qual minimizou a gravidade da situação:

Foi muito doloroso, porque em uma manhã, às seis da manhã, foram soterradas mais de 20 mil pessoas. Ouviram-se alertas e nesse momento, casualmente, temos recordado muito esses dias, um dos ministros que é o pai do atual presidente,¹¹ e ele disse que não era para criar tanto alarde, porque não ia acontecer nada grave, que era um exagero (Participante 12, tradução nossa).

Ainda no governo Betancur, iniciaram-se os primeiros diálogos de paz com o movimento revolucionário indígena Quintín Lame e com o M-19, o qual acabou se desmobilizando. Então, “como um momento de esperança”, entra em cena um movimento estudantil, conhecido como a Sétima Papeleta, que saiu às ruas demandando mudanças na Constituição Política (Participante 12). No governo seguinte, de Virgílio Barco (1986-1990), várias tentativas de reformas constitucionais fracassaram e as ações de violência relacionadas ao narcotráfico se intensificaram, culminando com um processo eleitoral marcado pelo assassinato de três candidatos à presidência (MELO, 2017).

A Assembleia Constituinte só foi convocada em 1990, pelo presidente César Gavéria (1990-1994), e contou com a participação de grupos antes marginalizados na política nacional, como guerrilheiros desmobilizados, indígenas, minorias religiosas e estudantes (YEPES; GARCÍA-VILLEGAS, 2002; YEPES, 2006). Mais do que a presença desses

⁹Em 2013, o Estado colombiano reconheceu sua responsabilidade perante a Corte Interamericana de Direitos Humanos (Colômbia reconhece responsabilidade por desocupação de palácio em 1985. *Agência Brasil*, Brasília, 12 nov. 2013. Disponível em: <https://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-11-12/colombia-reconhece-responsabilidade-por-desocupacao-de-palacio-em-1985>. Acesso em 30 nov. 2021).

¹⁰Não foram citadas referências e notícias de imprensa sobre o desastre, pois os artigos encontrados exibem imagens fortes e impactantes.

¹¹No momento da entrevista, o presidente colombiano era Iván Duque.

grupos, a Mesa Constituinte foi presidida de forma compartilhada entre um representante do M-19,¹² um do Partido Liberal e um do Partido Conservador (Participante 12).¹³

Pastor e Dalmau (2010) ressaltam a legitimidade democrática da Assembleia Constituinte, mas apontam a ausência de um referendo para validar a Constituição (PASTOR; DALMAU, 2010). Ademais, a Constituinte foi convocada por um mecanismo controverso: o decreto do estado de sítio para cumprir o propósito reformista, o qual foi ratificado pela Corte Suprema de Justiça (DÍAZ, 2010). “Ou seja, chegamos à Constituição em meio a uma guerra e tratando de construir paz!” (Participante 9).

A Constituição de 1991, portanto, originou-se nessa conjuntura, inserida no bojo do Novo Constitucionalismo Latino-Americano e reconhecendo o país como um Estado Social de Direito, que promove a dignidade humana, a equidade e a participação democrática, por meio de três características fundamentais que representam a demanda da sociedade por um novo contrato social (DÍAZ, 2010; ITURRALDE, 2013; YEPES; GARCÍA-VILLEGAS, 2002; YEPES, 2004; 2006).

A primeira característica é a consagração de 34 novos direitos econômicos, políticos e sociais, como à proteção à família, à saúde, à educação, à moradia, entre outros (COLOMBIA, 1991a; ITURRALDE, 2013; SALAMANCA, 2002). A Participante 12 ressalta que, ao reconhecer a Colômbia como um Estado Social de Direito e como um país multicultural, a nova Carta Política traz “implicações na responsabilidade do Estado frente ao bem-estar coletivo” e “abre muitas comportas interessantes a médio e longo prazo para a exigência de direitos”. Além disso, o enclave de direitos representa, no imaginário das pessoas, “esse ideal de ser sujeito de direitos, de poder ter direitos”, ao ultrapassar a ideia de se assegurar somente direitos civis e políticos e ao inserir os direitos sociais e econômicos, como o direito à Seguridade Social, ao mínimo vital, à água e à saúde, por exemplo (Participante 12). A Participante 4 complementa essa análise, ressaltando que alguns desses direitos foram reconhecidos pela primeira vez na história colombiana, tais como os direitos de minorias, o direito ao culto e à liberdade religiosa.

A segunda característica da Constituição de 1991 que representou o ideal do Estado Social de Direito e os fundamentos do Novo Constitucionalismo foi a ampliação da atuação do judiciário e do acesso à justiça (GARGARELLA, 2013). Como destacam as Participantes

¹²O grupo iniciou sua desmobilização e integrou os movimentos a favor da Constituinte, formando a *Alianza Democrática-Movimiento 19 de abril* (AD-M19), com o apoio de vários setores da chamada esquerda legal (ARCHILA; COTE, 2015).

¹³O representante do M-19 foi Antonio Navarro que hoje está vinculado ao Partido Verde; Horácio Serpa foi o representante do partido Liberal (falecido em 2020) e Álvaro Gomez Hurtado era do Partido Conservador e foi assassinado alguns anos após a Constituinte (Participante 12).

4 e 12, o direito ao processo mínimo foi uma inovação trazida pela Constituição e a ação de tutela foi introduzida como o instrumento destinado à defesa dos direitos fundamentais.¹⁴

A expansão dos mecanismos de participação é a terceira característica inovadora da Constituição Política colombiana e aparece em mais de 20 artigos, abordando o tema enquanto um princípio, definindo as formas de participação (plebiscitos, referendos, consultas e iniciativas legislativas populares, entre outros), direcionando para grupos específicos (grupos étnicos, indígenas, adolescentes e outros) ou focando na construção de políticas públicas (saúde, seguridade social, meio ambiente etc.) e em regras de participação (COLOMBIA, 1991a). Vale enfatizar que, além desses instrumentos da democracia representativa e participativa, a Colômbia possui dois mecanismos especiais: a revogação de mandato (*recall* político) e o conselho aberto. O primeiro envolve uma votação popular para a revogação do mandato de prefeitos ou governadores, enquanto o segundo pressupõe uma reunião pública em que a população pode participar diretamente para discutir assuntos de interesse da comunidade (NÁRDIZ, 2016).

Os pontos-chave desses mecanismos de participação são a soberania popular, a legitimidade e o controle do poder constituído pelo poder constituinte, sem substituir a democracia representativa (PASTOR; DALMAU, 2010). Essa também é a avaliação da Participante 12 ao ressaltar que:

A Constituição Política permitiu abrir uma comporta, uma fissura, tanto na sociedade e na cidadania. (...). Então, nos permitiu a construção de algumas, do que nós chamamos, cidadanias desde abaixo. Mas, ao mesmo tempo, possibilitou, significou, de alguma maneira, uma fissura nas elites de poder. Todas as elites - não só a econômica - elites políticas, elite jurídica... (Participante 12, tradução nossa).

Apesar dos inúmeros e importantes avanços introduzidos pela Carta de 1991, os participantes do estudo apontam contradições que conferem ao texto constitucional um caráter “bifronte, duas caras”, nas palavras do Participante 9, ou “bicorne”, na fala da Participante 12. Em outras palavras, isso significa que, ao mesmo tempo em que prevê os diversos direitos econômicos, sociais, e culturais, a Constituição colombiana traz elementos e conceitos inseridos na lógica de mercado, que enfraquecem a garantia dos direitos reconhecidos e aprofundam a exclusão social. Um desses elementos é o não reconhecimento desses direitos como fundamentais.

¹⁴Essa questão foi descrita com maior profundidade no eixo 3 deste estudo do caso, no qual foi abordada a judicialização da saúde e a atuação da Corte Constitucional.

A Constituição tem um corte muito neoliberal. Então, o que era considerado direito fundamental, são aqueles que se chamam como direitos negativos, ou direitos civis somente. Então, aqueles que, em teoria, o Estado não tem que fazer investimento para a sua implementação (Participante 4).

A face da Constituição de 91 voltada para o mercado seguiu as teorias econômicas da época, promovidas pelos países desenvolvidos e pelo Consenso de Washington,¹⁵ nas quais se busca a integração dos países por meio da abertura internacional da economia e da livre movimentação das corporações (PRIETO-RÍOS, 2011).

Paralelamente, um novo conceito de serviço público foi trazido, diferente da visão clássica de um serviço prestado diretamente pelo Estado. Esse novo conceito diz da “finalidade social do Estado”, ou seja, da proteção do interesse geral pela Administração Pública, podendo os serviços serem prestados também por entidades privadas, em competição com o próprio Estado (MONTEALEGRE, 2011, p.24, aspas do autor). As prerrogativas estatais de regulação e vigilância, entretanto, deveriam garantir que “a busca pela maximização do interesse individual própria da iniciativa privada, cumprisse a finalidade de promover o interesse geral” (p.24), o que não aconteceu, uma vez que atores influentes (políticos, economistas e juristas) viram a livre entrada do setor privado como uma retirada estratégica do Estado, fazendo com que os serviços públicos fossem regidos pelo mercado e se afastassem do princípio de interesse geral (MONTEALEGRE, 2011).

O Participante 9 também cita o autor Everaldo Lamprea Montealegre na crítica à visão do Estado enquanto um ator ineficiente na provisão de serviços públicos e, por isso, esses serviços deveriam ficar a cargo do mercado e o Estado deveria ser exclusivamente regulador. Em outras palavras, “não se fala mais de direitos, mas de serviços públicos, que poderão ser ofertados por prestadores privados, com regulação do Estado”. Cabe ao Estado, portanto, buscar reduzir os “custos de transação entre os agentes do mercado, para haver crescimento”, além de estimular o mercado, a partir da transferência de recursos públicos para a iniciativa

¹⁵ O Consenso de Washington foi uma espécie de receituário elaborado pelo economista norte-americano John Williamson e apresentado em 1989, a instituições financeiras internacionais, ao Congresso e ao governo dos EUA, após uma conferência, realizada em Washington, com economistas de oito países latino-americanos então imersos na grande crise da dívida externa da década. As recomendações consistiam na retirada do Estado da economia, por meio de medidas baseadas em disciplina fiscal; redução do gasto público; reforma tributária; autonomia do Banco Central e liberalização financeira; taxas de câmbio compatíveis com as leis do mercado; liberalização/abertura do comércio; liberalização do investimento externo direto; privatização das empresas estatais; desregulamentação das relações econômicas; proteção da propriedade privada; estabilidade dos preços. A adesão e a observância a essas prescrições tornaram-se condicionantes para a negociação da dívida externa dos países da região (Argentina, Brasil, Chile, México, Venezuela, Colômbia, Peru e Bolívia), bem como para exportação de seus produtos (BANDEIRA, 2002).

privada, por meio de subsídios à demanda relacionada, principalmente, a políticas individualizadas e focalizadas na população pobre (Participante 9, tradução nossa).

Essa visão foi acatada pela Constituinte, cujo desenho foi formulado em um momento de crescimento econômico, enquanto toda a América Latina enfrentava uma grave crise (Participante 10). A taxa de desemprego¹⁶ vinha caindo, chegando a 7,8% em 1993, patamar que não foi atingido novamente desde então. A vulnerabilidade ocupacional¹⁷ também se encontrava em tendência de queda nesse período (Figura 3) e os principais indicadores econômicos estavam em trajetória ascendente, com melhores resultados ao final do governo Gaviria. O Produto Nacional Bruto (PNB)¹⁸ e o Produto Interno Bruto (PIB)¹⁹ chegaram a crescer 9,10% e 8,07% em 1994, respectivamente, enquanto o PNB *per capita*²⁰ cresceu 7,17% e o PIB *per capita*,²¹ 6,06% (Figuras 4 e 5).

Especificamente em relação à Seguridade Social, apesar da estabilidade fiscal e econômica, houve uma baixa cobertura, a qual permaneceu concentrada no segmento dos trabalhadores formais e urbanos, em médias e grandes empresas (GARCÍA CRUZ, 2008; MONTEALEGRE, 2011). Mesmo com a criação de uma comissão transitória, após a Constituinte, para se discutir e se avançar na implementação da Seguridade Social no país, a avaliação é de que essa questão não foi resolvida e a principal razão é a abertura à prestação dos serviços à iniciativa privada (Participante 12).

¹⁶Taxa de desemprego (% do total da força laboral). Esse indicador se refere à proporção da força laboral que está sem trabalho, mas disponível e procurando emprego. Fonte: The World Bank. *Social Protection & Labor: Unemployment*. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicador/SL.UEM.TOTL.ZS?locations=BR-CO>. Acesso em: 02 nov. 2021.

¹⁷Vulnerabilidade ocupacional (% do total de trabalhadores). Percentual de trabalhadores que se encontram em trabalhos informais, precários e/ou por conta própria, não apresentando as garantias que possuem o trabalhador formal e, portanto, são menos protegidos contra crises e choques. Fonte: The World Bank. *Social Protection & Labor: Economic activity*. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicador/SL.EMP.VULN.ZS?locations=BR-CO>. Acesso em: 02 nov. 2021.

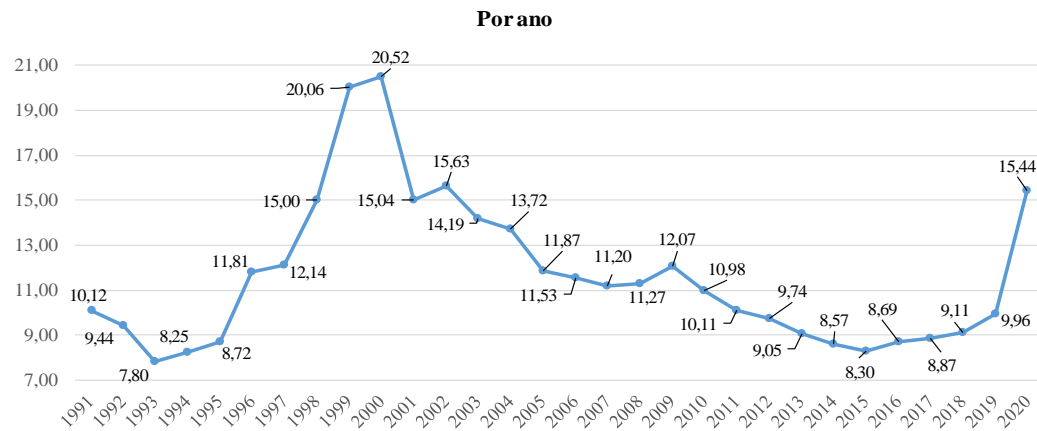
¹⁸PNB por Paridade do Poder de Compra (PPP), em valores correntes \$. O PNB se refere à soma de todas as riquezas produzidas por um país, dentro do território nacional ou no exterior, sendo uma ótima medida para avaliar a capacidade de se investir no bem-estar da população. A conversão pela PPP busca eliminar o efeito das diferenças de preço entre os países e possibilitar a comparação. Fonte: The World Bank. *Economic Policy & Debt: Purchasing power parity*. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicador/NY.GNP.MKTP.PP.CD?locations=BR-CO>. Acesso em: 02 nov. 2021.

¹⁹PIB por PPP, em valores correntes \$. O PIB é a soma de todas as riquezas produzidas por residentes de um país, adicionando-se os impostos sobre os produtos e subtraindo-se os subsídios não incluídos no valor desses produtos. Fonte: The World Bank. *Economic Policy & Debt: Purchasing power parity*. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicador/NY.GDP.MKTP.PP.CD?locations=BR-CO>. Acesso em: 02 nov. 2021.

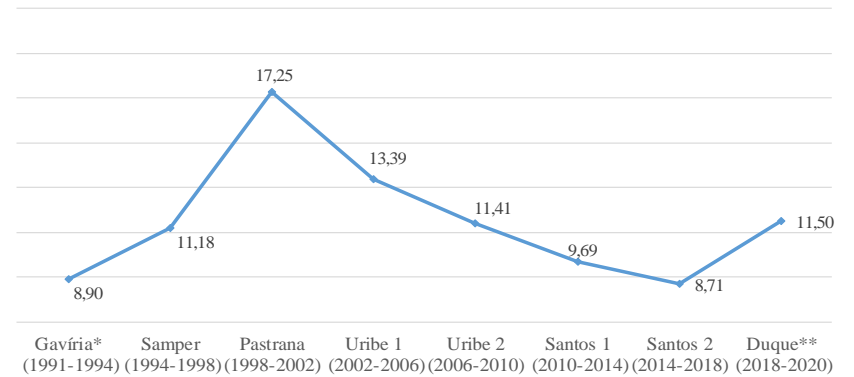
²⁰PNB *per capita* por PPP em valores correntes \$. Fonte: The World Bank. *Economic Policy & Debt: Purchasing power parity*. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicador/NY.GNP.PCAP.PP.CD?locations=BR-CO>. Acesso em: 02 nov. 2021.

²¹PIB *per capita*, por PPP, em valores correntes \$. Indicador universalmente utilizado para comparação entre países. Fonte: The World Bank. *Economic Policy & Debt: Purchasing power parity*. The World Bank. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicador/NY.GDP.PCAP.PP.CD?locations=BR-CO>. Acesso em: 02 nov. 2021.

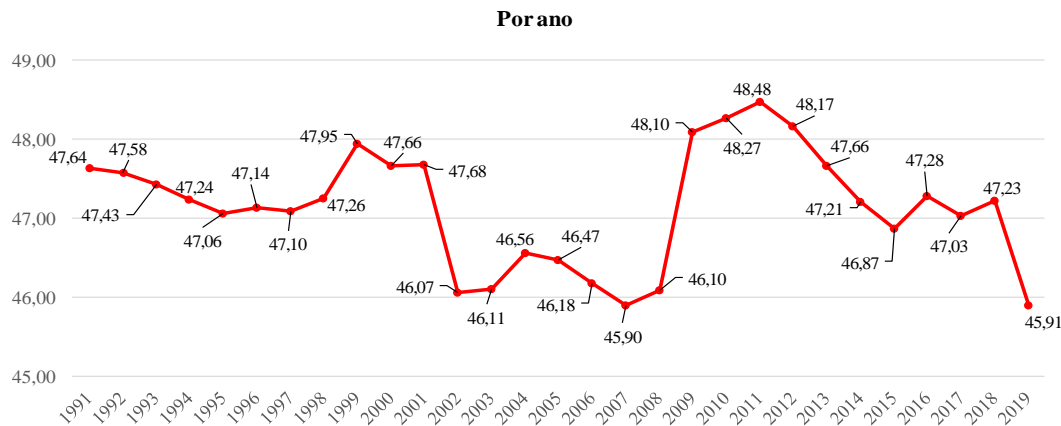
Taxa de desemprego (% do total da força laboral)



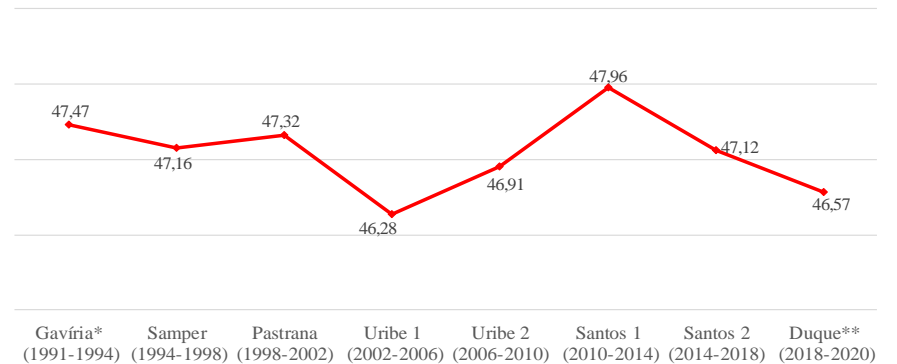
Média anual por mandato presidencial



Vulnerabilidade ocupacional (% do total de trabalhadores)



Média anual por mandato presidencial



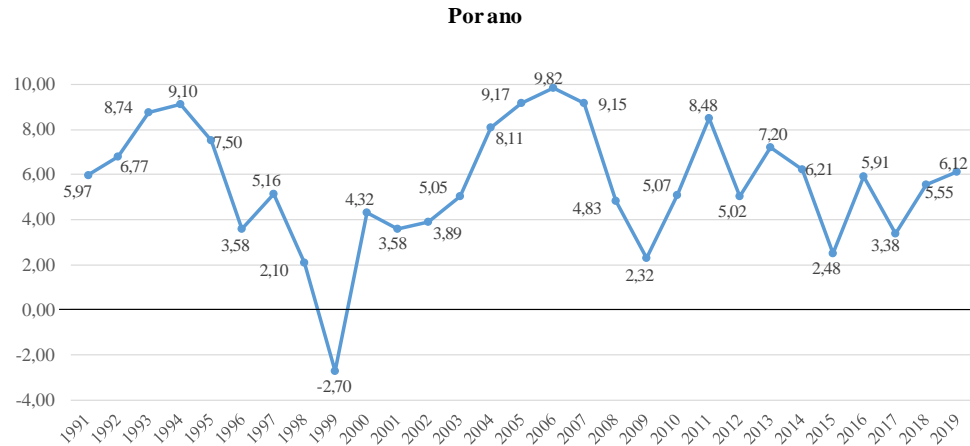
Fonte: The World Bank, 2021 (elaboração e cálculos próprios). Dados completos no Apêndice 4.

*Mandato do presidente César Gavéria teve início em 1990, mas os dados estão disponíveis somente a partir de 1991

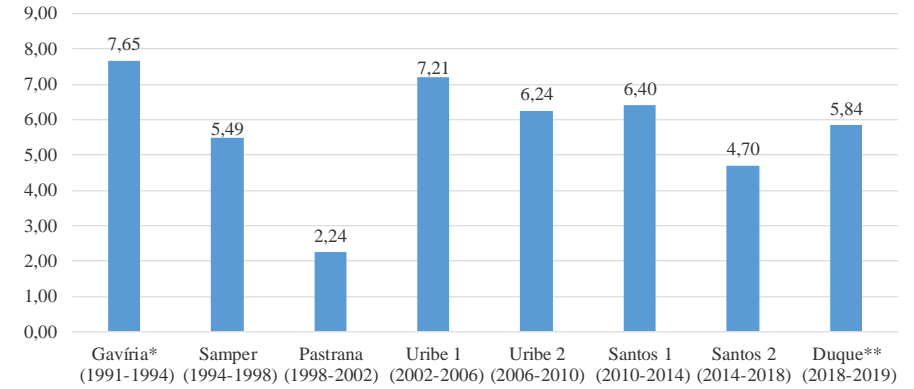
**Mandato do presidente Iván Duque terminou em 2022.

Figura 3 - Gráficos da taxa de desemprego e da vulnerabilidade ocupacional, por ano e média anual por mandato presidencial, Colômbia, 1991-2020.

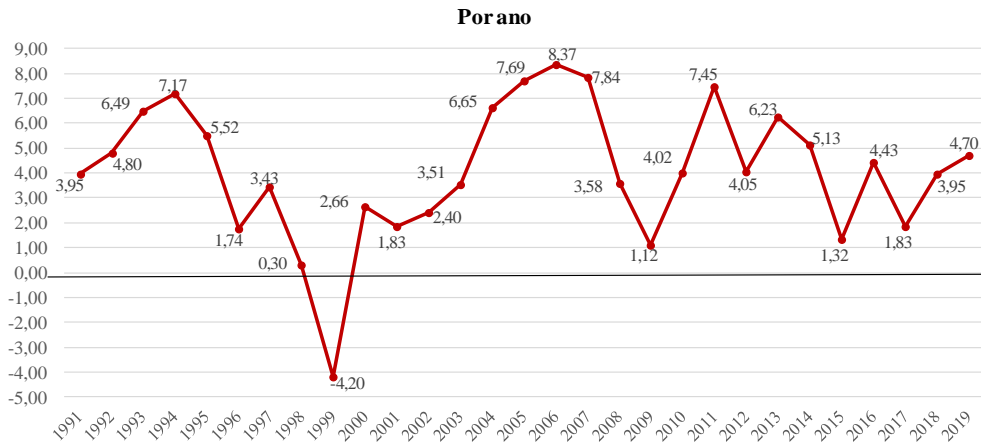
Crescimento PNB (%)



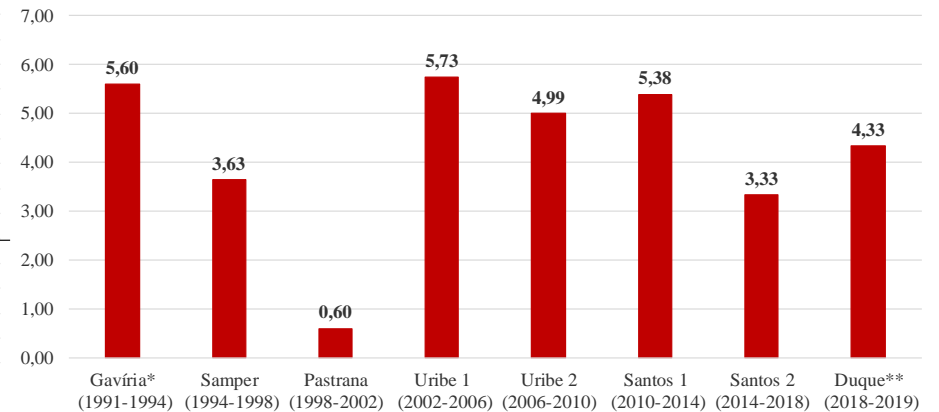
Média anual por mandato presidencial



Crescimento PNB per capita (%)



Média anual por mandato presidencial



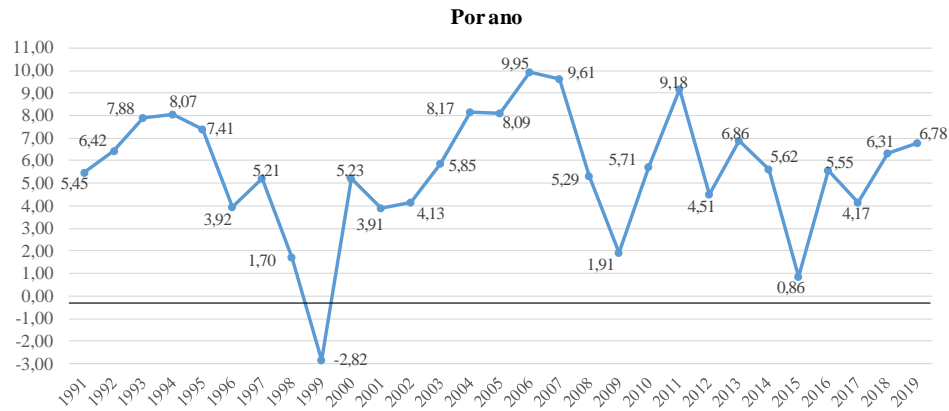
Fonte: The World Bank, 2021 (elaboração e cálculos próprios). Dados completos no Apêndice 4.

*Mandato do presidente César Gavéria teve início em 1990.

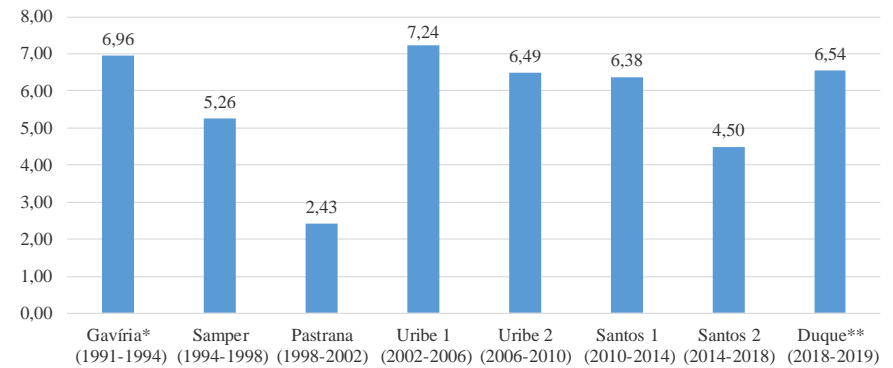
**Mandato do presidente Iván Duque terminou em 2022.

Figura 4 - Gráficos do crescimento do PNB e do PNB *per capita*, por ano e média anual por mandato presidencial, Colômbia, 1991-2019.

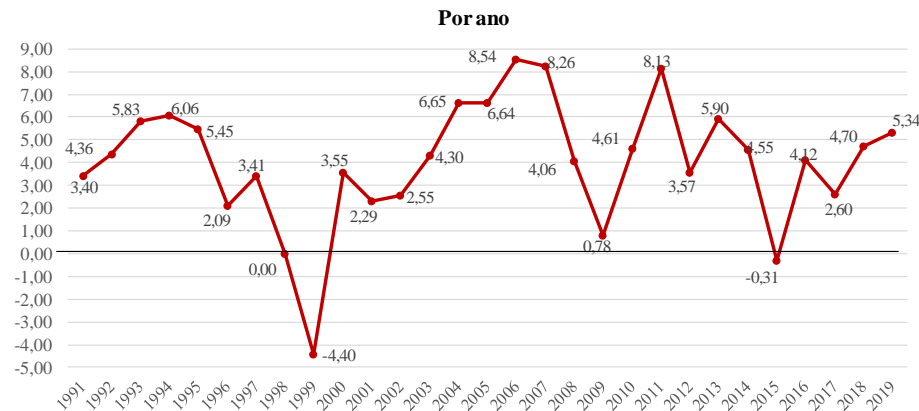
Crescimento PIB (%)



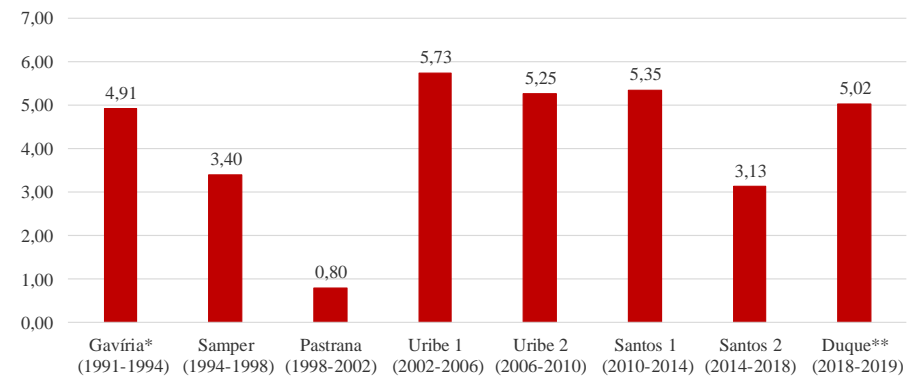
Média anual por mandato presidencial



Crescimento PIB per capita (%)



Média anual por mandato presidencial



Fonte: The World Bank, 2021 (elaboração e cálculos próprios). Dados completos no Apêndice 4.

*Mandato do presidente César Gavéria teve início em 1990.

**Mandato do presidente Iván Duque terminou em 2022.

Figura 5 - Gráficos do crescimento do PIB e do PIB *per capita*, por ano e média anual por mandato presidencial, Colômbia, 1991-2019.

O enfraquecimento da coalizão política responsável pelo caráter progressivo da Constituição e o baixo investimento em políticas sociais e na Seguridade Social tiveram início já em 1990 no governo Gaviria (YEPES, 2006), seguindo o caminho criado pela faceta pró-mercado presente na Carta Política. O governo começou a desenvolver estratégias de abertura e integração econômica internacional, além de incentivos aos investimentos estrangeiros no país, por meio de Acordos de Proteção e Promoção Recíproca de Investimentos (APPRI) e dos Tratados Bilaterais de Investimento (*Bilateral Investment Treaties*),²² os BIT (PRIETO-RÍOS, 2011). Segundo o autor, uma questão que precisa ser destacada em relação aos investimentos estrangeiros é que os objetivos dos acordos nem sempre foram cumpridos e não houve grandes ganhos para o país. Além disso, a fim de atrair os investidores, o Estado tendeu à limitação de sua atuação no que se refere a matérias como os direitos humanos.

A Participante 13 ressalta ainda que o Estado colombiano sempre foi aberto ao comércio internacional, em condições que colocam a Colômbia, muitas vezes, em desvantagem:

Somos um país colonizado mentalmente. E, nesse sentido, não só com o governo Norte Americano, se não com outras potências emergentes, ou com outros governos europeus, sempre tivemos essa relação de submissão, somos submissos, e firmamos acordos que nos colocam em detrimento. Um desses acordos, mais que um acordo de livre comércio, mais que um tratado de livre comércio, de duplo nível, é o acordo de patentes e importação de medicamentos, insumos e suplementos, produzidos pelas grandes indústrias do Norte (Participante 13, tradução nossa).

Nos anos seguintes, esse movimento culminou em reformas neoliberais e em mudanças na Constituição para proteger esses investimentos pelo presidente Andrés Pastrana (1998-2002), facilitadas pela consolidação do bipartidarismo e pela permissão tácita para essas políticas no governo anterior (Ernesto Samper, 1994-1998), o qual representou a manutenção e estagnação do sistema político²³ (HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, 2001; PISARELLO, 2012; 2014).

Paralelamente à reforma baseada no mercado, o governo Pastrana ainda foi marcado por grave crise econômica (que teve início ainda no governo Samper), com crescimento do desemprego e da precariedade laboral e aumento do setor informal (GARCÍA CRUZ, 2008).

A taxa de desemprego média anual durante esse período foi de 17,25%, a maior entre todos os governos desde a promulgação da Constituição de 1991, atingindo a marca de

²²Os BIT são acordos entre dois Estados, com o objetivo de regular e promover condições seguras para o investimento originado de cada um dos signatários do tratado (PRIETO-RÍOS, 2011).

²³Segundo Hernández-Álvarez (2001), o governo Samper também representou a aliança entre o narcotráfico e a classe política, não obstante o rechaço, por parte dos setores médios urbanos à corrupção e ao clientelismo desse mesmo grupo de poder.

20,52% no ano 2000 (Figura 3). A vulnerabilidade ocupacional apresentou pequeno aumento, mas os indicadores econômicos apresentaram o pior resultado da série histórica estudada. Tanto o PNB, quanto o PIB, sofreram uma queda acentuada e chegaram a patamares negativos em 1999, mas com início de recuperação a partir de 2000 (Figuras 4 e 5).

Já no governo de Álvaro Uribe (2002-2010), a Colômbia apresentou um período de auge econômico, particularmente no primeiro mandato (2002-2006). Até 2007, a taxa de desemprego se manteve em trajetória descendente, chegando a 11,20% nesse ano, enquanto a vulnerabilidade ocupacional teve uma evolução oscilante (Figura 3). Tanto o PNB e o PIB *per capita*, quanto o PIB e o PIB *per capita*, atingiram, em 2006, o pico de crescimento da série histórica, com valores de 9,82%, 8,37%, 9,95% e 8,54%, respectivamente (Figuras 4 e 5). A partir de 2008, os indicadores de emprego regrediram, principalmente a vulnerabilidade ocupacional, e os indicadores econômicos sofreram uma queda acentuada, sendo que o crescimento do PIB chegou a cair 8 pontos percentuais em 2009, comparando-se com 2006.

Questões internacionais são apontadas pela literatura como as principais causas do enfraquecimento da economia colombiana em 2008 e 2009. Tanto a crise mundial de 2008, quanto as tensões políticas com a Venezuela e com Equador, levaram ao arrefecimento da demanda externa, o que prejudicou os setores industrial e comercial. As consequências desse processo foram a redução dos investimentos, aumento do desemprego e diminuição da renda das famílias e do consumo (MESA CALLEJAS; GONZÁLEZ HENAO; AGUIRRE BOTERO, 2009). Em 2010, a economia voltou a crescer, rompendo com a tendência do país em apresentar crises com duração média de quatro anos. Essa rápida recuperação se deve, principalmente, ao desempenho do setor minerário (MESA CALLEJAS; LÓPEZ GONZALEZ; RODRÍGUEZ VALENCIA, 2010).

Entre 2010 e 2014, período que corresponde ao primeiro mandato do presidente Juan Manuel Santos (2010-2018), houve uma importante aceleração econômica, com crescimento médio anual do PNB de 6,40% e do PIB de 6,38% (Figuras 4 e 5). A taxa de desemprego caiu a menos de 10%, mas a vulnerabilidade ocupacional, que já vinha em ascensão desde 2008, atingiu o maior patamar da série histórica, chegando a 48,48% em 2011 (Figura 3). Para fazer frente a esse cenário de alta vulnerabilidade ocupacional, o presidente Santos lançou, ao final de 2010, a Lei 1429, a chamada Lei do Primeiro Emprego, a qual buscou fomentar o emprego formal por meio de incentivos a pequenas empresas, com redução de custos e fornecimento de subsídios (COLOMBIA, 2010a). Nos anos seguintes, após o pico observado em 2011, a vulnerabilidade ocupacional e a taxa de desemprego permaneceram em queda até 2015, quando uma nova crise econômica atingiu o país.

No mandato subsequente do governo Santos (2014-2018), o crescimento médio anual do PNB foi de 4,70% e do PIB de 4,50%, desaceleração que representou o segundo pior desempenho econômico médio da série histórica (Figuras 4 e 5). Tal resultado pode ser explicado pelo colapso dos preços do petróleo e pelo enfraquecimento da economia mundial, particularmente dos países emergentes (GARCÍA, 2015).

A partir dessa análise histórica, pode-se observar que a vulnerabilidade ocupacional apresenta maiores níveis que o desemprego, permanecendo acima de 45% em todo o período (Figura 3). A informalidade é uma marca do mercado de trabalho colombiano e está relacionada à baixa renda familiar, o que faz com que as pessoas busquem e/ou aceitem trabalhos precários, muitas vezes abandonando a escola e perpetuando o ciclo de vulnerabilidade ocupacional (CASTIBLANCO; GRANADOS; CASTAÑEDA, 2002; GARCÍA CRUZ, 2008).

Importante destacar que há diferenças regionais e entre os setores econômicos no que se refere aos indicadores laborais e às dinâmicas de desenvolvimento, ou seja, há uma relação inversa entre o grau de desenvolvimento regional e a informalidade e o desemprego. Na crise de 2015, por exemplo, observou-se que, nas zonas rurais, a disponibilidade de emprego assalariado e de melhor qualidade caiu consideravelmente e em taxas maiores que nas zonas urbanas (CASTAÑO, 2015). Em um estudo realizado em 2008, foi relatado que cidades do interior apresentam maior desenvolvimento industrial, melhor infraestrutura, maior rede urbana, maiores mercados e melhores condições de trabalho e, assim, menor informalidade, ao contrário de cidades fronteiriças e portuárias. Ao mesmo tempo, ao se comparar os setores econômicos, foi verificado que os mais modernos, como o industrial, de eletricidade, gás, água e de serviços financeiros e públicos, encontravam-se abaixo da média de informalidade das principais áreas metropolitanas do país. Os setores de comércio e de serviços pessoais (nos quais estão os vendedores ambulantes e trabalhadores domésticos), por outro lado, tinham as maiores taxas, seguidos da construção e do transporte (GARCÍA CRUZ, 2008).

Para além das iniquidades regionais relacionadas às condições de emprego e de desenvolvimento econômico, a localização das cidades e o seu grau de urbanização impõem à população a privação de bens e direitos, sendo que a maior parte dos serviços públicos está concentrada nas grandes cidades e nas sedes municipais (CASTIBLANCO; GRANADOS; CASTAÑEDA, 2002). “Então, o que acontece no rural não se parece em nada ao que acontece no urbano”, onde a população também tem mais acesso à informação, ao dinheiro, às redes sociais e mesmo a contatos e relações com pessoas do setor saúde (Participante 13, tradução nossa).

Essas questões são potencializadas pelas características geográficas da área rural, dispersa e com muitas cordilheiras, rios e selvas, o que dificulta a chegada de profissionais e serviços às localidades remotas (Participante 13). Há empresas, por exemplo, que alegam que o transporte de bens e mercadorias ao longo da costa do Pacífico apresenta mais custos do que o frete para a Ásia (RATHBONE, 2014a). Dessa forma, deve-se considerar que a melhoria das condições de vida na área rural vai além de políticas de desenvolvimento agropecuário, envolvendo também o fomento à provisão de serviços. Igualmente, não se pode perder de vista que a economia e a realidade do campo e da cidade são intimamente conectadas, uma vez que a falta de empregos e de acesso à terra, ao crédito e a serviços na área rural é uma das explicações para a pobreza das periferias municipais (LÓPEZ; ZAPATA, 2016).

Nesse sentido, apesar de mais de 70% da população do país viver em áreas urbanas,²⁴ dentro das próprias cidades há desigualdades importantes e grande parte das pessoas vive em condições inadequadas e insalubres (Participante 13). Bogotá, por exemplo, é uma cidade com shoppings movimentados e arranha-céus, mas ao sul há áreas montanhosas ocupadas por vilas e favelas. Em Cartagena, uma importante cidade turística do país localizada na costa caribenha, a desigualdade também é evidente, sendo que os entornos abrigam populações empobrecidas, deslocadas devido à violência (RATHBONE, 2014b).

A Participante 12 também aborda o tema e relata a rotina de trabalhadores informais em Medellín, capital da Antioquia, antes e durante a pandemia por Covid-19. A cidade é montanhosa e o centro está localizado abaixo das montanhas, mas os bairros populares estão nas próprias montanhas, fazendo com que esses trabalhadores tenham que enfrentar três a quatro baldeações de ônibus para venderem seus produtos na área nobre da cidade.

Antes da pandemia, 60% do trabalho na Colômbia era um trabalho informal. Era vender doces no semáforo.... Aqui na Colômbia se compra dois, três celulares baratos e vendem minutos de celular, vendem em um carrinho. Aqui as pessoas andam como umas cestinhas, colocam em quatro palitos de madeira e vendem chicletes, bombons... Então, as pessoas vendem isso, vendem frutas na rua, picadas, manga verde com sal, melancia, coisas assim. Isso é considerado neste país emprego, trabalho, digamos, subemprego. Antes da pandemia, 60% dos trabalhadores tinham esse tipo de subemprego e com a pandemia isso aumentou muito (Participante 12, tradução nossa).

²⁴Em 2020, 81,43% da população colombiana vivia em áreas urbanas, proporção que aumentou 17,20% desde 1990, quando a população urbana era de 68,48%. Dados completos no Apêndice 5. Fonte: The World Bank. *Environment: Density & urbanization*. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.URB.TOTL.IN.ZS?end=2020&locations=BR-CO&start=1990>. Acesso em: 02 nov. 2021.

A Participante 12 ainda complementa o relato, ressaltando o quanto as minorias e os povos indígenas e afro colombianos são atingidos por esse contexto de desigualdade, agravado ainda pelo racismo:

(...) porque os povos indígenas e os povos afro têm sido o “símbolo” de pobre, digamos, da vulneração sistemática e produto da pobreza e também do racismo estrutural em nossa sociedade. Porque o racismo não é só um assunto do Estado e suas instituições, mas também está inscrito em nosso tecido social e a Colômbia é um país com profundo racismo estrutural, patriarcal, conservador, pró-capitalista (Participante 12, aspas da entrevistada, tradução nossa).

A desigualdade e a profunda exclusão social da sociedade colombiana ainda impedem que a população possa exercer suas habilidades, a cooperação, a solidariedade, o direito à liberdade e à participação democrática, bem como traz a percepção de não pertencimento (SALAMANCA, 2002). Ao se analisar a desigualdade do país por meio da evolução do Índice de Gini,²⁵ verifica-se que a Colômbia é um dos países mais desiguais do mundo, e apesar da indisponibilidade da medida em alguns anos da série histórica,²⁶ os resultados encontrados evidenciam que entre 1992 e 2019 houve redução de apenas 0,39% no nível de desigualdade, com variações para mais, ou para menos, ao longo de todo o período (Figura 6).

O maior valor foi observado em 1999 (58,7), ano em que ocorreu o pior resultado econômico do período de estudo, com crescimento negativo de todos os indicadores econômicos analisados (Figuras 4 e 5). Como no caso dos indicadores laborais e econômicos, o governo Pastrana também foi o que apresentou a maior média do Índice por mandato presidencial (57,7). Por outro lado, o período com os melhores resultados foi o segundo mandato do ex-presidente Santos, com média de 50,9, e menor patamar anual em 2017 (49,7). Embora a média do governo Duque seja equivalente, os cálculos foram realizados somente com os valores disponíveis no momento da coleta de dados (2018 e 2019), os quais se encontravam em trajetória ascendente (Figura 6).

Essa relação entre a desigualdade e a evolução da economia pode ser comprovada do ponto de vista estatístico. A realização de testes de correlação²⁷ entre o Índice de Gini e o PIB,

²⁵O Índice Gini mede o desvio da distribuição de renda entre indivíduos ou famílias em relação a uma sociedade perfeitamente igual. Uma medida de 0 representa a igualdade perfeita, enquanto um índice de 100 implica a desigualdade absoluta, ou seja, quanto mais próximo de 100, maior é a desigualdade do país. Fonte: The World Bank. *Poverty: Income distribution*. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI?end=2019&locations=BR-CO&start=1990>. Acesso em: 02 nov. 2021.

²⁶Os anos em que não há medida disponível são: 1990, 1991, 1993, 1994, 1995, 1997, 1998, 2006 e 2007 (The World Bank, op. cit.)

²⁷Correlação de Spearman para variáveis sem distribuição Normal e Pearson para testes entre variáveis com distribuição Normal (Tabela 2).

PIB *per capita*, PNB e o PNB *per capita* para a série histórica, evidenciou uma correlação negativa ($p < 0,001$) entre a desigualdade e a evolução da economia, ou seja, nos momentos em que a economia cresce, a desigualdade tende a diminuir, ou vice-versa. O Índice de Gini também apresentou correlação inversa ao percentual de população urbana, ao contrário da taxa de desemprego, a qual apresentou correlação positiva: quando a taxa de desemprego aumenta, a desigualdade também aumenta, ou vice-versa (Tabela 2). A vulnerabilidade ocupacional, por outro lado não mostrou correlação estatisticamente significativa com a desigualdade. Uma explicação para esse resultado pode ser o fato desse indicador laboral apresentar valores altos no país para todo o período.

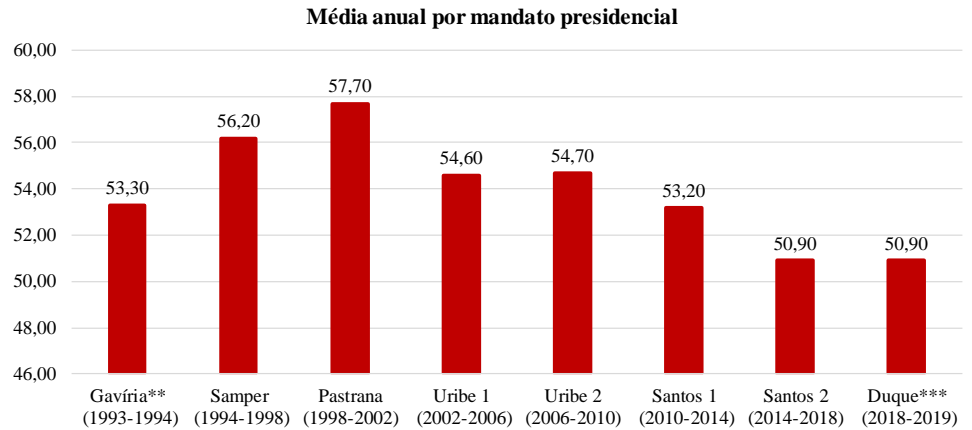
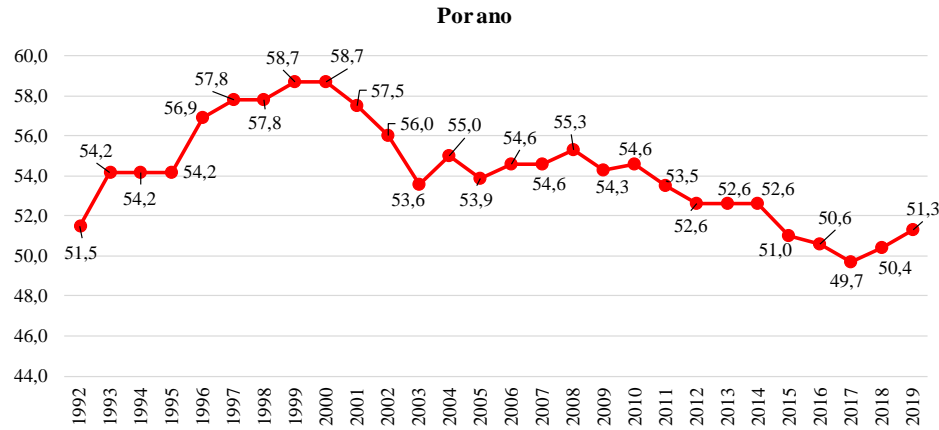
Ao mesmo tempo, a melhoria das condições de vida da população ainda pode ser analisada a partir do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), indicador que considera três dimensões fundamentais do desenvolvimento humano: saúde, educação e renda (PNUD, 2018).²⁸ Em 2019, o Índice da Colômbia era de 0,767, valor classificado como IDH Alto, ocupando a 83ª posição entre os países avaliados e representando um crescimento de 27,20% em relação a 1990 (Figura 7), quando o IDH do país era considerado médio (0,603).²⁹

Ao longo de quase todo o período, houve crescimento do Índice, exceto em 1999 (permaneceu estável em relação a 1998) e 2003, quando houve pequena redução da medida. A maior média de crescimento por mandato presidencial foi de 1,19% ao ano, no governo Samper, seguido dos governos Gaviria e Uribe (segundo mandato), com crescimento de 1,14% cada. Novamente, o pior resultado em termos de evolução do indicador foi observado no governo Pastrana, com média anual de 0,48% (Figura 7). Não houve correlação significativa do IDH com a taxa de desemprego, nem com a vulnerabilidade ocupacional, mas, houve uma forte correlação positiva do Índice com o PNB e o PNB *per capita*. O teste não foi realizado com o PIB e PIB *per capita*, uma vez que o componente ‘renda’ do IDH é representado pelo PIB *per capita*. Paralelamente, foi encontrada uma correlação inversa entre o IDH e o Índice de Gini (Tabela 2).

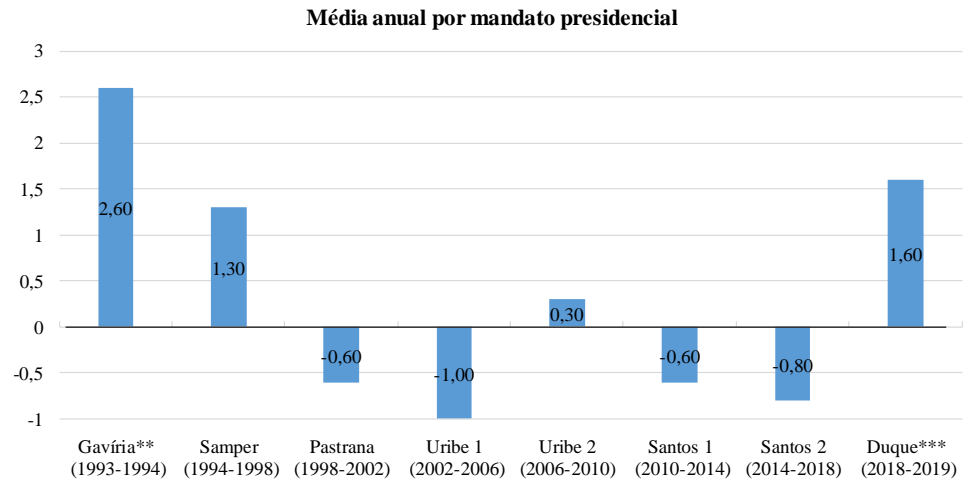
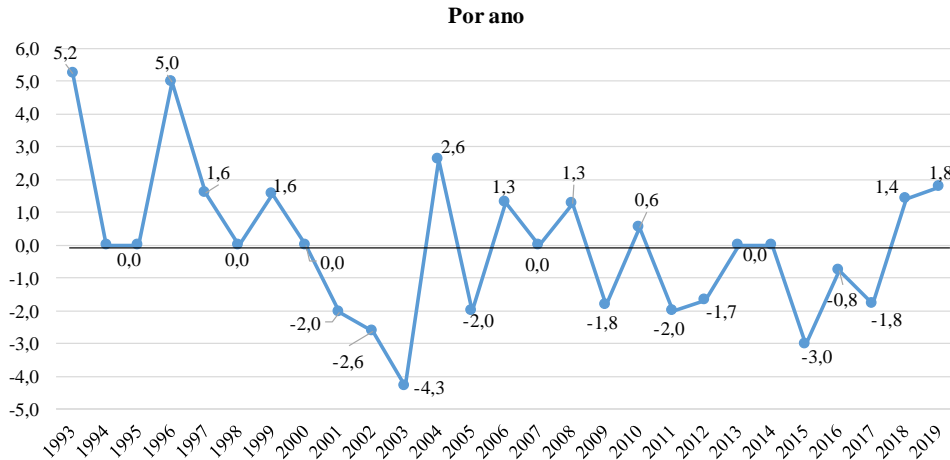
²⁸Índice composto pela expectativa de vida ao nascer; pela média de anos de escolaridade e anos esperados de escolaridade e pelo PIB *per capita*, sendo criado em 1990 como uma alternativa ao PIB, pois reflete outras dimensões da vida das pessoas e explica de forma mais completa o desenvolvimento dos países (PNUD, 2014).

²⁹Fonte: United Nations Development Programme. *Human Development Reports*. Disponível em: <http://hdr.undp.org/en/indicators/137506#>. Acesso em: 02 nov. 2021.

Índice de Gini*



Redução do Índice de Gini (%)



Fonte: The World Bank, 2021 (elaboração e cálculos próprios). Dados completos no Apêndice 4.
 *Nos anos em que a medida não estava disponível, foi utilizada a média dos anos adjacentes.
 **Mandato iniciou em 1990.
 ***Mandato terminou em 2022.

Figura 6 - Gráficos da evolução histórica do Índice de Gini, por ano e média anual por mandato presidencial, Colômbia, 1992-2019.

Tabela 2 -Caracterização estatística e correlação entre o Índice de Gini, o IDH, a mortalidade infantil e a mortalidade em menores de 5 anos e indicadores econômicos, sociais e laborais, Colômbia, 1992-2019.

Caracterização estatística dos indicadores ¹								
Variáveis	\bar{x}	D.P.	Mín.	Máx.	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Normalidade ²
Índice de Gini ³	54,20	2,53	49,70	58,70	52,60	54,20	55,48	0,378
IDH	0,698	0,048	0,617	0,767	0,662	0,694	0,740	0,083
PIB (PPC (valores correntes \$))	417376743585	182918011581	186187218858	786809279918	258201534422	372688237633	563271940682	0,022
PIB <i>per capita</i> , PPC (valores correntes \$)	9481,56	3189,80	5408,87	15630,08	6741,30	8680,16	12195,93	0,012
PNB, PPC (valores correntes \$)	406299761086	177832513486	180205372707	762199952747,03	251637377443,62	363098881598	542264755890	0,020
PNB <i>per capita</i> , PPC (valores correntes \$)	9232,14	3095,40	5240,00	15140,00	6617,50	8460,00	11740,00	0,011
Taxa de desemprego (% ttl. força laboral)	11,56	3,33	7,80	20,52	9,01	11,09	12,54	0,002
Vulnerabilidade ocupacional (% ttl. trabalhadores)	47,13	0,75	45,90	48,48	46,54	47,22	47,66	0,228
População urbana (% ttl. pop.)	76,06	3,27	70,42	81,10	73,42	76,22	78,79	0,265
Mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos)	18,50	4,59	11,84	27,17	14,69	18,03	21,86	0,252
Mortalidade menores de 5 anos (por 1.000 nascidos vivos)	21,83	5,69	13,75	32,84	17,09	21,13	25,93	0,212

Correlação ⁴								
Variáveis	Índice de Gini		IDH ⁵		Mortalidade infantil		Mortalidade menores de 5 anos	
	<i>RHO/COR</i>	<i>p</i>	<i>RHO/COR</i>	<i>p</i>	<i>RHO/COR</i>	<i>p</i>	<i>RHO/COR</i>	<i>p</i>
Índice de Gini	—	—	-0,617	<0,001	0,575	0,001	0,563	0,002
IDH	-0,617	<0,001	—	—	-0,989	<0,001	-0,987	<0,001
PIB (PPC (valores correntes \$))	-0,625	<0,001	—	—	-0,998	<0,001	-0,998	<0,001
PIB <i>per capita</i> , PPC (valores correntes \$)	-0,627	<0,001	—	—	-0,993	<0,001	-0,993	<0,001
PNB, PPC (valores correntes \$)	-0,625	<0,001	0,998	<0,001	-0,998	<0,001	-0,993	<0,001
PNB <i>per capita</i> , PPC (valores correntes \$)	-0,629	<0,001	0,995	<0,001	-0,994	<0,001	-0,994	<0,001
Taxa de desemprego (% ttl. força laboral)	0,755	<0,001	-0,283	0,144	0,284	0,143	0,284	0,143
Vulnerabilidade ocupacional (% ttl. trabalhadores)	0,086	0,664	-0,009	0,965	0,068	0,733	0,070	0,723
População urbana (% ttl. pop.)	-0,622	<0,001	0,994	<0,001	-0,998	<0,001	-0,996	<0,001
Mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos)	0,575	0,001	-0,989	<0,001	—	—	—	—
Mortalidade menores de 5 anos (por 1.000 nascidos vivos)	0,563	0,002	-0,987	<0,001	—	—	—	—

¹Cálculos realizados no pacote estatístico R-4.2.1. Dados completos nos Apêndices 4 e 5.

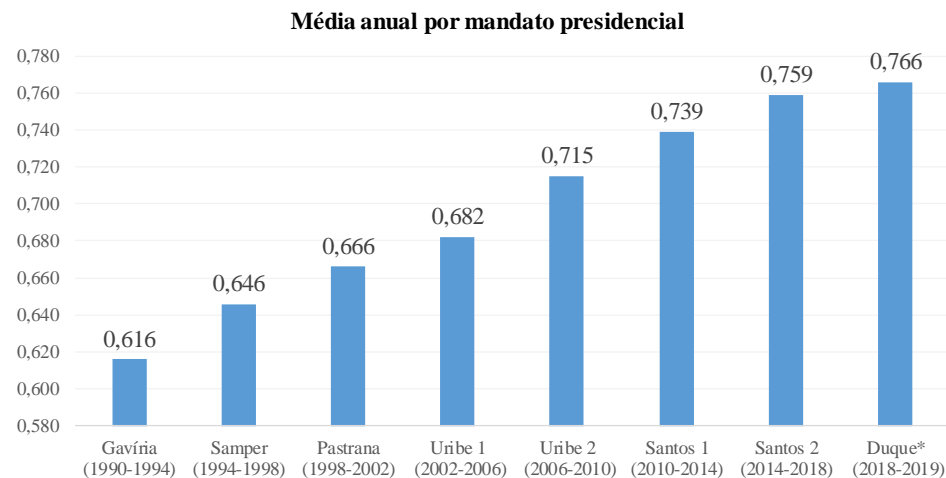
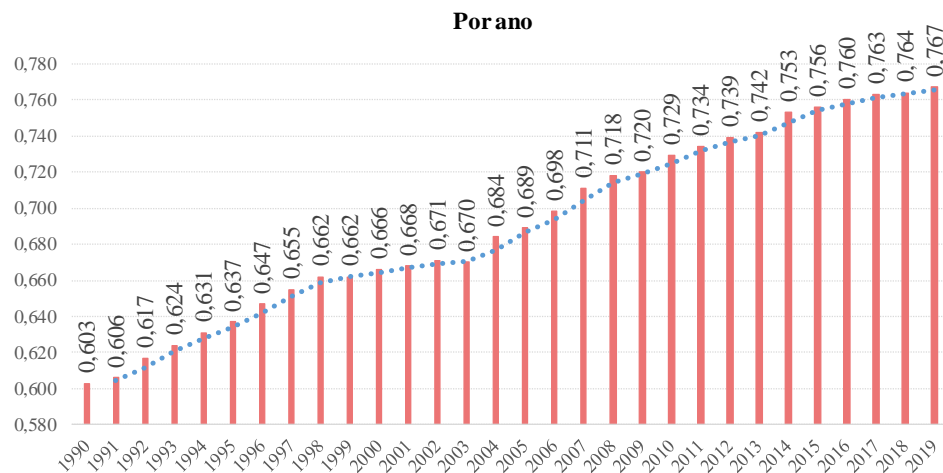
²Teste de normalidade Shapiro-Wilk (SOARES; SIQUEIRA, 2002).

³Nos casos em que a medida anual não está disponível, foi a utilizada a média dos anos adjacentes.

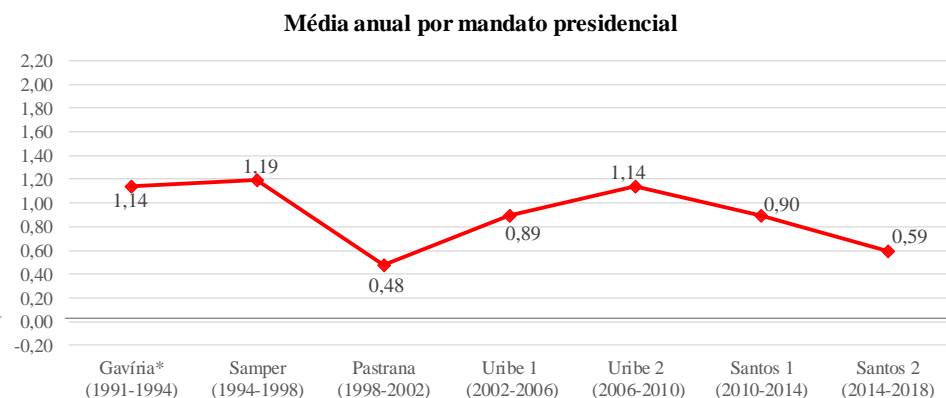
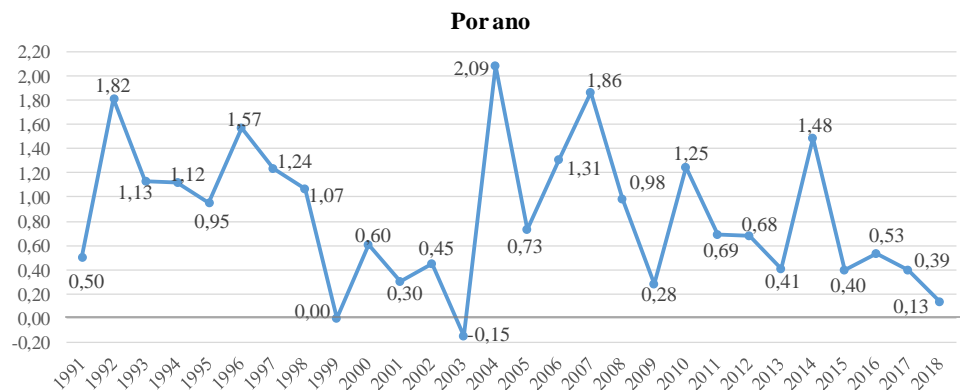
⁴Correlação de Spearman (RHO) para testes com PIB, PIB *per capita*, PNB, PNB *per capita*, e taxa de desemprego. Correlação de Pearson (COR) para cruzamentos entre os demais indicadores (PAGANO; GAUVREAU, 2006).

⁵Teste com PIB e PIB *per capita* não realizados, pois o PIB *per capita* compõe o IDH.

IDH



Crescimento IDH (%)



Fonte: United Nations Development Programme, 2021 (elaboração e cálculos próprios). Dados completos no Apêndice 4.

* Mandato do presidente Iván Duque terminou em 2022.

Figura 7 - Gráficos da evolução histórica do IDH e do crescimento do IDH, por ano e por mandato presidencial, Colômbia, 1990-2019.

Outros dois indicadores importantes para a discussão da evolução das condições de vida da população são a taxa de mortalidade infantil³⁰ e a taxa de mortalidade em menores de 5 anos.³¹ Entre 1990 e 2019, a mortalidade infantil reduziu em 58,95% e a mortalidade em menores de cinco anos, em 60,78%. Em todo o período houve redução das taxas e os melhores resultados, em ambos os casos, foram observados no mandato do ex-presidente Samper (1994-1998), com média de redução anual de 3,21% da mortalidade infantil e de 3,48% da mortalidade em menores de cinco anos. Por outro lado, os piores resultados em termos de redução anual dessas taxas ocorreram nos dois mandatos do governo Uribe (2002-2010), com média de redução de 2,77 e 2,93% da mortalidade infantil e de 2,92 e 3,03 da mortalidade em menores de cinco anos (Figuras 8 e 9). Nos testes de correlação, tanto a taxa de mortalidade infantil, quanto a taxa de mortalidade em menores de cinco anos se mostraram associadas positivamente ao Índice de Gini e de forma inversa ao IDH e a todos os indicadores econômicos. Não houve correlação estatisticamente significativa entre as taxas de mortalidade e as taxas de desemprego e de vulnerabilidade ocupacional (Tabela 2).

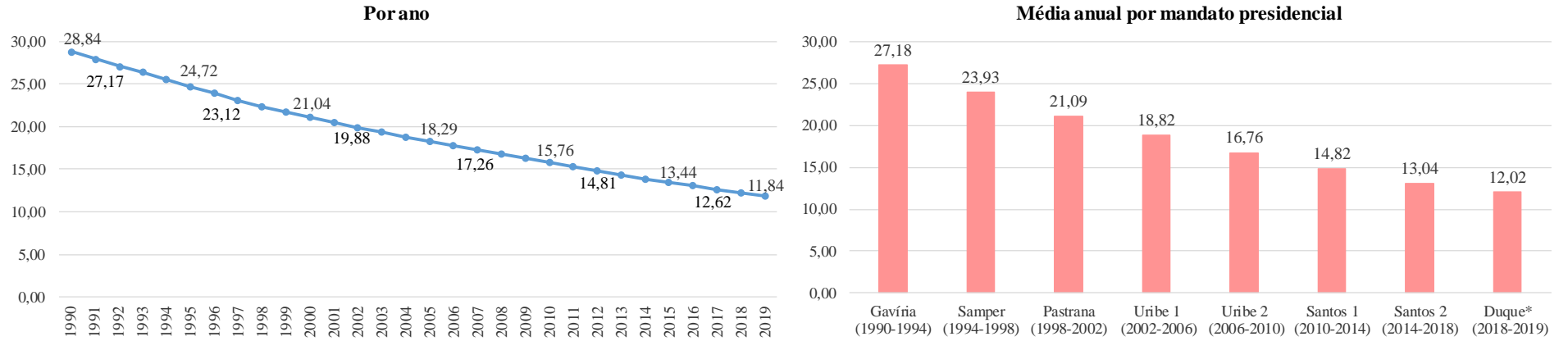
Todos esses achados, mais do que revelar tendências históricas e correlações estatísticas, evidenciam as estratégias e prioridades políticas de cada governo e que o desempenho econômico está relacionado à redução da desigualdade e melhoria das condições de vida da população, mas não é o único fator para se alcançar uma sociedade mais igualitária. Ao se comparar os governos mais recentes e longos da série histórica, Álvaro Uribe e Juan Manuel Santos, verificou-se que os resultados econômicos do primeiro mandatário foram os mais importantes do período (Figuras 4 e 5), mas no governo Santos, cujo desempenho foi inferior nesse âmbito, a redução da desigualdade, representada pelo Índice de Gini, foi mais relevante, tanto do ponto de vista da média anual por mandato (Figura 6), quanto pelo resultado geral de cada governo (Tabela 3).³² O mesmo ocorreu em relação à mortalidade infantil e à mortalidade em menores de 5 anos (Figuras 8 e 9), mas não com o IDH (Figura 7), o qual parece ter sofrido maior efeito do componente renda.

³⁰Número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos. Compreende a soma dos óbitos ocorridos nos períodos neonatal precoce (0-6 dias de vida), neonatal tardio (7-27 dias) e pós-neonatal (28 dias e mais). Altas taxas de mortalidade infantil (50 ou mais) refletem baixos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de condições de vida (BRASIL, 2020b). Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Child Mortality Estimates. Disponível em: <<https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

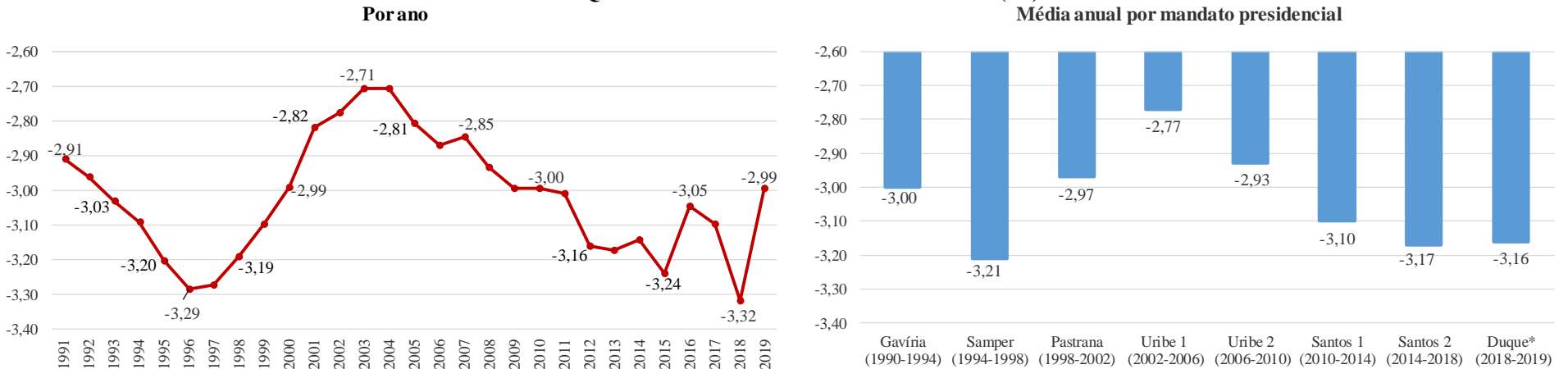
³¹Número de óbitos de menores de cinco anos de idade, por mil nascidos vivos. Expressa o desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambiental precários (BRASIL, 2022a). Fonte: UNICEF. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Child Mortality Estimates. Disponível em: <<https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

³²Cálculos consideraram a evolução total do indicador entre o primeiro e último anos de cada mandato e entre o primeiro e último anos de cada governo.

Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos)



Queda da taxa de mortalidade infantil (%)

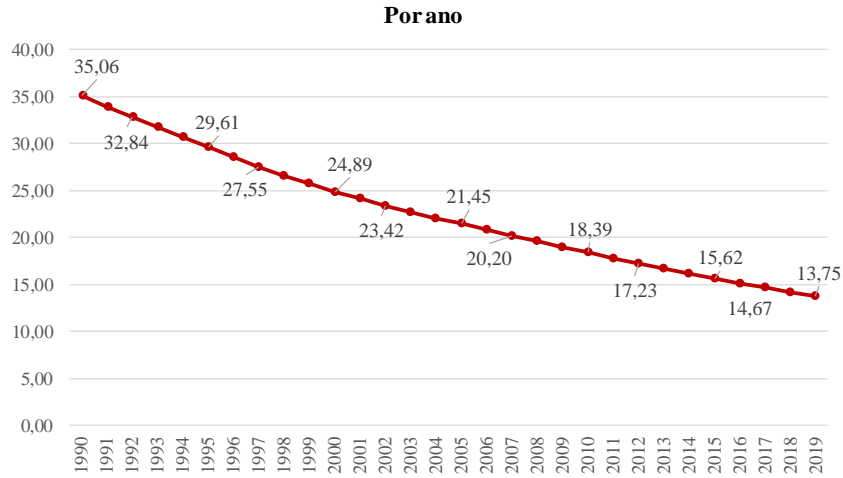


Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF, 2021 (elaboração e cálculos próprios). Dados completos no Apêndice 5.

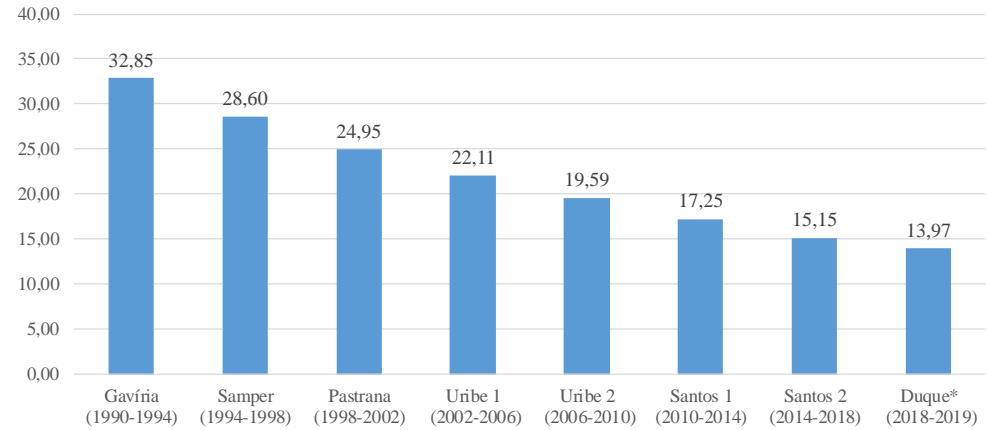
* Mandato do presidente Iván Duque terminou em 2022.

Figura 8 -Gráficos da evolução histórica da taxa de mortalidade infantil, por ano e por mandato presidencial, Colômbia, 1990-2019.

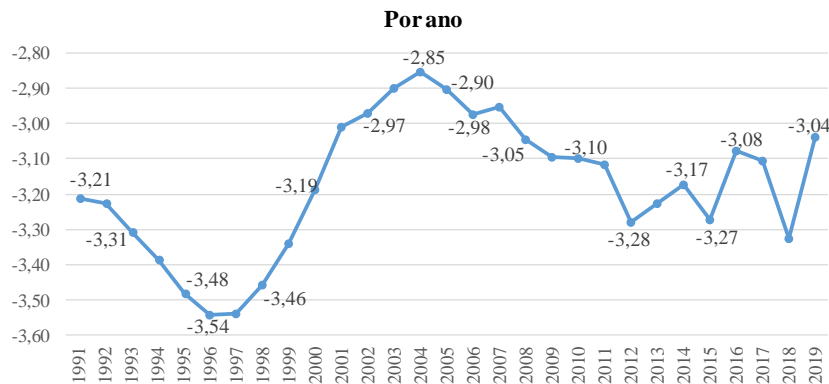
Taxa de mortalidade em menores de cinco anos (por mil nascidos vivos)



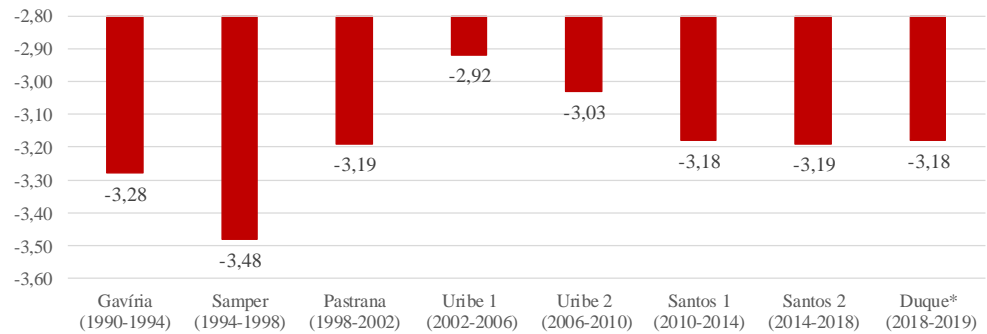
Média anual por mandato presidencial



Queda da taxa de mortalidade em menores de cinco anos (%)



Média anual por mandato presidencial



Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF, 2021 (elaboração e cálculos próprios). Dados completos no Apêndice 5.

* Mandato do presidente Iván Duque terminou em 2022.

Figura 9 -Gráficos da evolução histórica da taxa de mortalidade em menores de cinco anos, por ano e por mandato presidencial, Colômbia, 1990-2019.

Tabela 3 -Valores e evolução de indicadores econômicos, sociais e de mortalidade, por mandato e por governo dos ex-presidentes Álvaro Uribe e Juan Manuel Santos, Colômbia, 2002-2018.

Indicador	Ano					
	2002	2006	2010	2014	2018	
PNB, PPC (valores correntes \$, em bilhões) ¹	279,16	380,09	467,55	606,45	718,22	
PNB per capita, PPC (valores correntes \$) ¹	6830	8800	10340	12910	14460	
PIB, PPC (valores correntes \$ em bilhões) ¹	286,87	390,34	485,31	625,02	736,87	
PIB per capita , PPC (valores correntes \$) ¹	7018,08	9035,57	10731,65	13307,42	14837,90	
Índice de Gini ¹	56,0	54,6	54,6	52,6	50,4	
IDH ²	0,671	0,698	0,729	0,753	0,764	
Taxa de mortalidade infantil (por 1000 nascidos vivos) ³	19,88	17,77	15,76	13,89	12,21	
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000 nascidos vivos) ³	23,42	20,82	18,39	16,15	14,18	
População refugiada por país ou território de origem ¹	30624	72793	395579	360291	138583	
Evolução do indicador (%) ⁴	Governo					
	Uribe 1 (2002-2006)	Uribe 2 (2006-2010)	Uribe global (2002-2010)	Santos 1 (2010-2014)	Santos 2 (2014-2018)	Santos global (2010-2018)
PNB	36,15	23,01	67,48	29,71	18,43	53,61
PNB <i>per capita</i>	28,84	17,50	51,39	24,85	12,01	39,85
PIB	36,07	24,33	69,18	28,79	17,89	51,83
PIB <i>per capita</i>	28,75	18,77	52,91	24,00	11,50	38,26
Índice de Gini	-2,50	0,00	-2,50	-3,66	-4,18	-7,69
IDH	4,02	4,44	8,64	3,29	1,46	4,80
Mortalidade infantil	-10,64	-11,26	-20,70	-11,91	-12,11	-22,58
Mortalidade < 5 anos	-11,14	-11,65	-21,49	-12,20	-12,18	-22,89
População refugiada	137,70	443,43	1191,73	-8,92	-61,54	-64,97

Fonte: ¹The World Bank (2021); ²UNDP (2021); ³UNICEF (2021).

⁴Evolução entre primeiro e último anos de cada mandato e de cada governo completo.

Em outras palavras, enquanto o governo Uribe alcançou um aumento no PNB de 36,15% no primeiro mandato; de 23,01% no segundo e de 67,48% nos oito anos de governo, Santos obteve, respectivamente, 29,71%; 18,43% e 53,61% no primeiro mandato, no segundo e no período total de seu governo. No caso do PIB, o aumento no primeiro e segundo mandatos e nos oito anos de governo foi de 36,07%; 24,33% e 69,18% com Uribe e de 28,79%; 17,89% e 51,83% com Santos. Em relação ao Índice de Gini, Santos obteve a redução em 7,69% em seu governo (3,66% no primeiro e 4,18% no segundo mandato), mas com Uribe a redução foi de somente 2,5% nos oito anos de governo. Para mortalidade infantil

e em menores de 5 anos, o governo de Santos alcançou uma redução de 22,58% e de 22,89%, respectivamente, enquanto no governo Uribe a redução foi de 20,70 e 21,49% (Tabela 3).

A ampla diferença no desempenho econômico entre os dois mandatários não foi refletida em uma maior redução da desigualdade e melhoria das condições de vida da população no governo Uribe. Uma das possíveis explicações para esses resultados são os modelos de processo de paz implementados por cada governo, os quais, apesar de terem sido políticas prioritárias em ambos os casos, foram eminentemente distintos no que se refere à construção do diálogo com as guerrilhas e à inclusão social das pessoas afetadas pela violência e pelos conflitos internos.

O contexto de violência é um dos principais fatores de exclusão e desigualdade no país e se manifesta pela vulnerabilização e opressão de grupos e comunidades, tanto em áreas urbanas, quanto rurais, a partir do momento que se encontram em meio a uma guerra que lhes impede de usufruir seus direitos básicos, como ir à escola ou a um centro de saúde. A falta de oportunidades de trabalho fomenta ainda mais a violência com a absorção de um exército de desempregados e trabalhadores informais pelas guerrilhas, pelo narcotráfico e pelo paramilitarismo, além de haver um discurso de que as vítimas merecem seu destino de abandono e agressão (IDMC, 2008; LÓPEZ; ZAPATA, 2016; NUMPAQUE-ARCILA; ORDÓÑEZ; ARDILA, *et al.*, 2021). Como relata o Participante 9, a situação é de tão extrema gravidade que as pessoas “nem sequer reclamam mais” nos territórios afetados, como Chocó, Nariño e Meta.

Além disso, todos os anos, milhares de pessoas precisam abandonar suas casas, territórios e mesmo seu país diante das perseguições, sequestros e assassinatos, tanto por parte das guerrilhas, quanto por parte dos paramilitares e forças armadas (IDMC, 2008). Ressalta-se que a população refugiada originada da Colômbia³³ apresentou aumento desde 1990, com pico em 2007 (551.741 pessoas), queda em 2008 (373.532 pessoas), tendência à estabilização até 2013, quando entrou em trajetória descendente até 2018, voltando a subir novamente em 2019 para 189.254 pessoas (Figura 10).³⁴

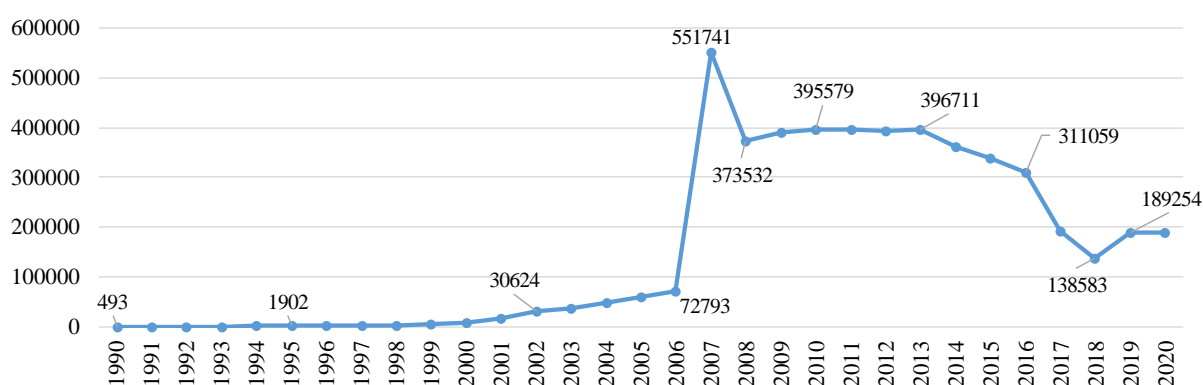
Tais achados remetem novamente à questão dos modelos de processo de paz adotados no governo Uribe e no governo Santos enquanto determinantes de redução ou não da desigualdade e melhoria das condições de vida da população. No primeiro mandato de Uribe,

³³População refugiada por país ou território de origem. Corresponde ao número de pessoas que fugiram de seu país de origem por medo de sofrerem perseguição por causa de raça, religião, opiniões políticas ou por pertencerem a determinado grupo social (PNUD, 2018).

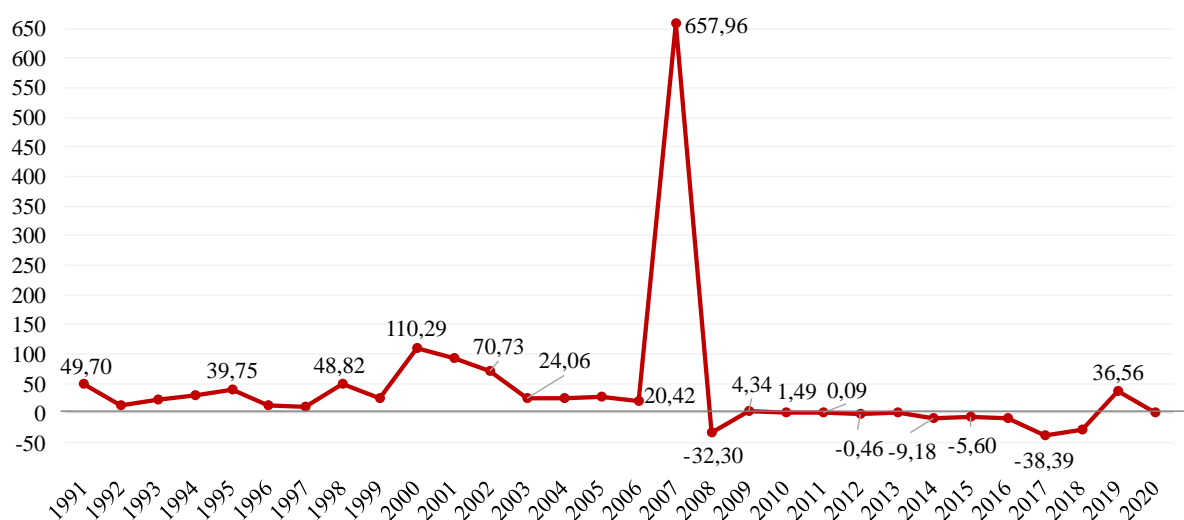
³⁴População refugiada por país ou território de origem. Fonte: The World Bank. Social Protection & Labor: Migration. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicador/SM.POP.REFG.OR?end=2020&locations=BR-CO&start=1990>. Acesso em: 02 nov. 2021.

o número de pessoas refugiadas apresentou um salto de 137,70% (30.624 pessoas em 2002, para 72.793 pessoas em 2006) e de 443,43% no segundo (72.793 pessoas em 2006 para 395.579 pessoas em 2010), totalizando um aumento de 1191,73% em todo seu governo (Tabela 3). Já no governo Santos, o primeiro mandato representou uma redução de 8,92% (de 395.579 em 2010 para, 360.291 em 2014) e de 61,54% (360.291 em 2014 para 138.583 pessoas em 2018), perfazendo uma redução de 64,97% em todo seu período de governo (Tabela 3).

População refugiada por país ou território de origem



Crescimento da população refugiada por país ou território de origem (%)



Fonte: The World Bank., 2021 (elaboração e cálculos próprios). Dados completos no Apêndice 4.

Figura 10 -Gráficos da evolução histórica da população refugiada da Colômbia, 1990-2020.

No governo Uribe foi implementada a chamada *Política de Seguridad Democrática*, a PSD (COLOMBIA, 2003a) que, apesar de ter trazido em sua apresentação as palavras do

presidente garantindo o respeito a posições políticas diversas e refutando o paralelo com a antiga Doutrina da Segurança Nacional que predominou na América Latina durante a Guerra Fria, evidências mostram o contrário (DÁRIO, 2010). Segundo o autor, a PSD trouxe de forma direta um discurso antiterrorista e o combate a um inimigo interno que atenta contra a estabilidade do Estado.

O Participante 9 complementa a discussão relatando a afinidade da PSD com a política antiterrorismo impulsionada pelo ex-presidente dos EUA George Bush após o atentado de 11 de setembro de 2001 (Participante 9). Esse alinhamento com o governo norte-americano provocou tensões com os países vizinhos e foi uma das razões para o fracasso das negociações de paz com as FARC, fazendo com que, pela primeira vez em anos, a opinião pública se voltasse para a guerra sob o argumento de que negociar com as FARC seria inviável (ARCHILA; COTE, 2015; DÁRIO, 2010).

Houve o aumento da violência por parte do exército e também dos paramilitares, mesmo com a Lei de Justiça e Paz de 2005, a qual previa a desmobilização das Autodefesas Unidas da Colômbia (AUC),³⁵ com garantia de sua participação na sociedade civil com *status* político, o que foi negado às FARC (BERNAL BERMUDÉZ; MARÍN LÓPEZ, 2018; DÁRIO, 2010). A PSD, portanto, significou o recrudescimento do conflito e massacre da insurgência disfarçado de legalidade, enquanto escondia uma agenda oculta de atrocidades, como o aumento dos falsos positivos (ARCHILA; COTE, 2015; DÁRIO, 2010).

Essa política de paz ilusória gerou consequências também para a atuação da Corte Constitucional, uma vez que durante o governo Uribe houve o aumento de 153% no volume de sentenças tendo como objeto a tutela do direito constitucional à liberdade e à segurança pessoal, passando de 33 sentenças entre 1991 e 2001, para 83 em seus dois mandatos (MOLINARES, 2014). Além disso, vários setores da sociedade, como as Organizações Não Governamentais (ONG) e humanitárias, incluindo a Médicos do Mundo, entraram em apatia com a estratégia bélica implementada, a qual era noticiada na imprensa como sucesso das forças armadas, com fluxo contínuo de recursos internacionais, particularmente Norte-Americanos (NUMPAQUE-ARCILA; ORDÓÑEZ; ARDILA, *et al.*, 2021).

Outra face da agenda oculta do PSD foi a abertura de áreas para mineração e exploração de petróleo com a eliminação dos líderes das guerrilhas (RATHBONE, 2014a;

³⁵Espécie de associação criada no final dos anos 1990, em nível nacional, entre os grupos paramilitares de autodefesa (DÁRIO, 2010). Ressalta-se que no final governo Gaviria esses grupos assumiram um caráter legalizado por meio de cooperativas serviços especiais de vigilância e segurança, as Associações Comunitárias de Vigilância Rural (CONVIVIR), que deveriam apoiar as Forças Armadas somente com a função de autodefesa (ARCHILA; COTE, 2015; DÁRIO, 2010).

2014b; SCHIPANI, 2014). Esse caminho fez com que a Colômbia, além de dobrar seu orçamento militar anual e se tornar um dos países que mais gastaram nessa área da América Latina entre 2000 e 2010, buscase se firmar enquanto um exportador de expertise militar, inclusive por meio de operadores privados (SCHIPANI, 2014).

O processo de paz buscado no governo Santos,³⁶ por outro lado, priorizou a abertura de diálogo com as guerrilhas, em contraposição à continuidade da guerra, o que seria mais fácil do ponto de vista político (RATHBONE, 2014a; 2014b). Entre 2011 e 2012, foram tratadas as fases do processo de paz entre o governo e as FARC, iniciando com a preparação, fase em que foi definida a agenda e a metodologia para as negociações. A fase seguinte envolveu a construção do acordo para o término do conflito armado em encontros realizados em Oslo e em Havana. A fase final, chamada de transformação do conflito, deveria acontecer, então, no próprio país juntamente com toda a população (SANTOS JÚNIOR, 2020).

Uma importante conquista para a garantia dos direitos das vítimas do conflito armado nesse período foi a criação, em janeiro de 2012, da *Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas* (UARIV), a partir da Lei de Vítimas e Restituição de terras, a Lei 1448, de 2011 (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2020). A referida lei estabeleceu um “conjunto de medidas judiciais, administrativas, sociais, econômicas, individuais e coletivas, em benefício das vítimas” de violações de normas internacionais de Direitos Humanos decorrentes do conflito armado interno (COLOMBIA, 2011a), sendo que a UARIV é responsável pela coordenação das medidas e articulação das entidades do *Sistema Nacional para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas* (SNARIV).³⁷

Em 2013, houve avanço dos diálogos, a partir da defesa da construção de uma “paz territorial” e fortalecimento do Estado local (GARCÍA VILLEGAS; REBODELLO, 2018, p.15). Em outubro de 2016, entretanto, o processo de paz enfrentou o primeiro desafio para sua implementação com a vitória inesperada do “não” no referendo realizado para validar o Acordo de Paz, com 50,2% dos votos válidos, contra 49,7% dos que votaram “sim”.³⁸ Importante ressaltar que em locais mais afetados pelos conflitos, o “sim” obteve uma vitória expressiva, ao contrário de regiões mais populosas e economicamente mais desenvolvidas,

³⁶A busca pelo processo de paz levou à premiação do ex-presidente Santos com o Prêmio Nobel da Paz em 2016 (Juan Manuel Santos, após receber o Nobel da Paz: “Há uma guerra a menos no mundo, e é a da Colômbia”. Presidente dedica prêmio às vítimas do conflito com as Farc; guerrilheiros não foram convidados. *El País*, Bogotá, 10 dic. 2016. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2016/12/10/internacional/1481370447_133792.html. Acesso em 28 jan. 2021).

³⁷Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Reseña de la Unidad. Disponível em: <<https://www.unidadvictimas.gov.co/es/la-unidad/resena-de-la-unidad/126>>. Acesso em 05 de fev. 2022.

³⁸Colômbia: ganó el "No" en el plebiscito por los acuerdos de paz con las FARC, *BBC Mundo*, 02 de oct. 2016. Disponível em: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-37537187>. Acesso em 20 de jan. 2022.

(SANTOS JÚNIOR, 2020). Tal resultado fez com que o governo pensasse em estratégias para levar à frente o acordo, sendo que o documento “*Acuerdo Final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera*” foi assinado em novembro do mesmo ano (COLOMBIA, 2016a).

O Acordo foi organizado em seis capítulos, os quais se referem a eixos prioritários de atuação, incluindo a Reforma Rural Integral; o fomento à participação política; o acordo de cessar fogo bilateral e reincorporação dos integrantes das FARC à vida civil; o combate ao crime organizado; a busca de solução para a questão das drogas ilícitas enquanto um problema social e de Saúde Pública e a criação de um sistema de reparação para as vítimas e de uma comissão de monitoramento da implementação das medidas propostas (COLOMBIA, 2016a). O processo de paz desse período não implicou, portanto, em uma transformação do modelo de desenvolvimento, nem da estrutura estatal, sendo realizado de forma setorial, por meio de planos nacionais, com a ideia de que se podia articular as coisas (Participante 9).

Ressalta-se que a Reforma Rural Integral foi direcionada à população mais afetada pelos conflitos e pretendeu a transformação da realidade rural, com a busca pela garantia dos direitos humanos das vítimas e populações vulnerabilizadas, bem como a ampliação da presença estatal nessas áreas (SANTOS JÚNIOR, 2020). Paralelamente, em contraposição ao processo de paz anterior, foi garantida aos membros das FARC, após a entrega das armas, a transição para formação de um partido político, com representação no Senado e na Câmara dos Deputados (COLOMBIA, 2016a; SANTOS JÚNIOR, 2020).

Nos primeiros anos após a assinatura do Acordo, relatórios de monitoramento evidenciaram avanços significativos na redução dos conflitos com as FARC, principalmente em relação ao cessar fogo, entrega de armas e medidas iniciais de reincorporação (KROC INSTITUTE FOR INTERNATIONAL PEACE STUDIES, 2018). Por outro lado, a Reforma Rural Integral não apresentou avanços e um grave desafio tem sido o aumento da violência nos territórios, com assassinato de líderes e entrada de novos atores armados (Participante 9). Esses atores vêm ocupando o lugar das FARC, aproveitando a ausência de intervenção estatal efetiva (NUMPAQUE-ARCILA; ORDÓÑEZ; ARDILA, *et al.*, 2021).

O que está acontecendo é uma implementação muito lenta do acordo final. Muito concentrada em algumas coisas. Não foi desenvolvida adequadamente a Reforma Rural Integral, não está sendo desenvolvido o programa de cultivos lícitos, não estão sendo desenvolvidos todos os elementos do Plano de Desenvolvimento Territoriais, então, está se concentrando em certas áreas e à ideia de reincorporação dos ex-combatentes e acham que isso vai resolver a maioria (Participante 9, tradução nossa).

Esses desafios e retrocessos estão relacionados ao mesmo grupo político uribista que levou à vitória do “não” no referendo de 2016 e que elegeu o ex-presidente Iván Duque nas eleições de 2018 (Participante 9).³⁹ A Participante 13 confirma esse cenário e relata que a chegada do governo Duque impossibilitou qualquer novo avanço, sendo que os antigos integrantes das FARC, além de estarem sendo eliminados sistematicamente, tiveram que retomar as armas ou se associar ao narcotráfico devido à falta de oportunidades de trabalho.

Difundiu-se um discurso de que o processo de paz implementado no governo Santos, embora esteja amparado por um pacto com força constitucional, estava fora da legalidade. Tal ideia de legalidade, entretanto, significa a legalidade definida pelos grupos que se encontram no poder, “a nossa legalidade”, na qual o acordo não deve ser feito com as FARC, mas sim com grandes empresários regionais e com as elites que sustentam os conflitos (Participante 9). Para a Participante 11, os setores políticos responsáveis pelas medidas dirigidas para sabotar o processo de paz não chegavam a constituir a maioria do Congresso, mas eram extremamente poderosos.

Nesse sentido, a quebra do andamento do processo de paz e a manutenção da violência na área rural, mais do que atender a questões políticas, estão relacionadas a interesses econômicos de atores civis que sempre se valeram do conflito para explorarem os recursos disponíveis e obterem vantagens financeiras, estando envolvidos em despejos e assassinatos de ativistas, sindicalistas e defensores de direitos humanos (BERNAL BERMUDÉZ; MARÍN LÓPEZ, 2018). A relação entre grupos armados e companhias privadas já foi relatada por diversas organizações nacionais e internacionais. Em Chocó, por exemplo, uma das áreas mais afetadas, a violência estrutural sempre esteve relacionada às elites donas das mineradoras da região e já houve investigações sobre deslocamentos forçados relacionados ao cultivo de palmeiras Africanas para produção de biocombustível (IDMC, 2008; NUMPAQUE-ARCILA; ORDÓÑEZ; ARDILA, *et al.*, 2021).

Outro exemplo, é a criação de delitos ambientais em áreas ocupadas há muito tempo por camponeses para facilitar a concessão de áreas para exploração de petróleo e para a agroindústria:

³⁹O ex-presidente Duque é apadrinhado político do ex-presidente Álvaro Uribe e sua vitória representou o retorno da política econômica e bélica anterior, com forte dependência dos EUA (Novo presidente e entrada na Otan consolidam interesses dos EUA na Colômbia. A vitória de Iván Duque, candidato da direita apadrinhado por Álvaro Uribe, é analisada por jornalista colombiana. *Brasil de Fato*, São Paulo, 19 de jun. de 2018. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2018/06/19/novo-presidente-e-entrada-na-otn-consolidam-interesses-dos-eua-na-colombia/>. Acesso em 22 jun. 2018.

Capturam campesinos por “delitos ambientais” Essa é a legalidade deles. Isso é muito grave! Ou seja, vai contra o processo de paz. É o contrário do que se queria fazer. Era com os campesinos que se deveria trabalhar, mas aqui estão em sentido contrário (Participante 9, aspas do entrevistado, tradução nossa).

Além dos interesses políticos e econômicos, outro fator relacionado à manutenção desse cenário é a ausência do Estado ou mesmo sua presença de forma ilegítima, ou seja, a presença do Estado deveria se dar enquanto um garantidor dos direitos humanos e não como mais um ator gerador de violência. A exclusão social vinculada aos conflitos internos na Colômbia é fato “intimamente relacionado à debilidade institucional do Estado” (CASTIBLANCO; GRANADOS; CASTAÑEDA, 2002, p.20), sendo que tal debilidade se manifesta tanto na presença estatal limitada ao envio de forças armadas para controle do território, que fomenta o ciclo de violência, quanto na sua completa ausência, evidenciada pelo abandono de vítimas e comunidades (GARCÍA VILLEGAS; REBODELLO, 2018; NUMPAQUE-ARCILA; ORDÓÑEZ; ARDILA, *et al.*, 2021).

Há uma relação direta entre a ausência estatal em certas áreas e o surgimento das primeiras áreas de cultivo de cocaína, além de ter possibilitado o desenvolvimento de rotas de transporte e exportação (NUMPAQUE-ARCILA; ORDÓÑEZ; ARDILA, *et al.*, 2021). Paralelamente, o aparecimento de novos atores e o assassinato de líderes sociais após a entrega das armas pelas FARC evidencia que a meta de fortalecimento do Estado local não foi alcançada (GARCÍA VILLEGAS; REBODELLO, 2018). Para os autores, a negociação e os diálogos são necessários, mas insuficientes quando o Estado está ausente para fazer valer o Acordo e garantir o acesso das pessoas à terra, a bens e serviços.

Ao mesmo tempo, nas áreas urbanas, como em Bogotá, por exemplo, a ausência de institucionalidade estatal também está relacionada à produção de um espaço de segregação e violência (BORDE; HERNADEZ-ÁLVAREZ, 2019).

Então, é uma sociedade que tem uma relação com o Estado muito complexa, porque é uma relação onde o Estado mantém o controle, mantém a ordem social, através de duas grandes vias: uma através do exercício do poder militar, das armas, do uso das armas contra tudo que se considere “riscos”: os pobres são perigosos, os jovens são perigosos. E outro é através de subsídios. Então entregam subsídios residuais para os pobres (Participante 12, aspas da entrevistada, tradução nossa).

A questão da violência, portanto, constitui-se um dos principais desafios para a sociedade colombiana e representa a violação de direitos humanos fundamentais e sociais, como à vida, à dignidade, à liberdade, à segurança e à integridade física, à educação, à moradia, à saúde, entre outros. A paz, dada sua importância no contexto do país, foi prevista no artigo 22 da Constituição de 91 como um direito e um dever de cumprimento obrigatório

(COLOMBIA, 1991a; MOLINARES, 2014). Além disso, faz-se urgente um modelo de desenvolvimento que considere a relação entre a ruralidade e o conflito armado e não se restrinja ao crescimento do PIB e ao crescimento industrial, para que se combata, de fato, a desigualdade e as pessoas vivam plenamente e em condições de vida dignas (LÓPEZ; ZAPATA, 2016).

É necessária uma abordagem sistêmica para enfrentar o desafio da segurança, com proteção de líderes sociais, defensores de direitos humanos, ex-combatentes das FARC e das comunidades, com fortalecimento do Estado local afastado da ideia de repressão e conflito (KROC INSTITUTE FOR INTERNATIONAL PEACE STUDIES, 2018). Para tanto, deve-se levar à frente o Acordo de Paz de 2016, cujos princípios e metas foram abandonados e substituídos novamente por uma política bélica e violenta.⁴⁰ Os entrevistados enfatizaram essa questão e comentaram o cenário atual, ainda agravado pela pandemia por COVID-19. A Participante 12 relata o que a promessa de campanha do presidente Duque foi fazer frente ao Acordo Final, chegando a efetivar retrocessos:

(...) hoje, temos mais de mil líderes sociais assassinados no país. Depois em cima, caiu essa pandemia, todos os indicadores do país estão dramáticos. Hoje 60% da população está em condições de pobreza, aumentou em 20 pontos a pobreza; temos 60% também da população com insegurança alimentar; as famílias passaram de comer três vezes ao dia para comer duas, uma vez ao dia; as taxas de desemprego são brutais, está ao redor de 15-16%, pois variou um pouco ao longo da pandemia (Participante 12, tradução nossa).

A Participante 13, por sua vez, afirma que o governo Duque era mais politizado e aberto ao confronto político, fazendo com que a população, ao final de 2019, iniciasse manifestações por mudanças sociais e estruturais. Os protestos, no entanto, foram interrompidos pela pandemia, deixando a população perdida em relação aos rumos do país, mas foram retomados em setembro de 2020 e se estenderam até 2021,⁴¹ quando também estavam ocorrendo as entrevistas do presente estudo.⁴² Segundo a Participante 11, além das políticas implementadas pelo governo Duque em seus dois primeiros anos de mandato, (as

⁴⁰Colômbia: quatro anos após Acordo de Paz, mais de mil líderes sociais foram mortos. As Farc-EP deixaram as armas, mas a violência contra a oposição não cessou, explica a pesquisadora Carolina Jimenez. Brasil de Fato, São Paulo, 26 set. 2020. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/09/26/colombia-quatro-anos-apos-acordo-de-paz-mais-de-mil-lideres-sociais-foram-mortos>. Acesso em 10 out. 2020.

⁴¹Tensión en las calles. Las protestas y movilizaciones que sacuden al gobierno de Iván Duque en Colombia desde 2019. La última vez que el país había escuchado rugir las calles en rechazo de algo distinto de la violencia fue en 1977. Entonces los sindicatos fueron protagonistas. Clarín, 05 mayo 2021. Disponível em: https://www.clarin.com/mundo/protestas-movilizaciones-sacuden-gobierno-ivan-duque-colombia-2019_0_ry9gPRfYW.html. Acesso em 31 jan. 2022.

⁴²Algumas entrevistas precisaram ser remarcadas devido à falta de conexão de internet dos entrevistados, os quais relataram se tratar de estratégia para debilitar os protestos.

quais levaram aos protestos de 2019), os protestos de 2020 e 2021 se relacionam a medidas que significaram o retrocesso de direitos sociais:

A pandemia serviu para que busquem fazer com a população o que querem. Esses setores políticos que sempre estiveram a favor de grupos econômicos que são os que manejam esses recursos. Têm feito o que querem. Ou seja, temos a entrevista em um momento muito difícil, onde a única solução é que as pessoas vão para as ruas. É a única solução para nos defender. Eu sei que posso parecer muito dura, mas está coincidindo a entrevista com um momento em que nossas dores são muito grandes, com essa classe política e econômica (Participante 11, tradução nossa).

Uma das tentativas de retrocessos apontados pela entrevista foi o projeto de lei 010 de 2020, o qual previa o aprofundamento da privatização do sistema de saúde, como será discutido no próximo item.

5.2 O reconhecimento e as garantias do direito à saúde: políticas, reformas e desafios do SGSSS

Para além de sua constitucionalização, o reconhecimento do direito à saúde na Colômbia está amparado pela assinatura e ratificação de diversos pactos e tratados internacionais em matéria de Direitos Humanos. Os principais instrumentos ratificados pelo país que incluem o direito à saúde foram o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) em 1969, com entrada em vigor em 1976; a Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de San José da Costa Rica) em 1973, com entrada em vigor em 1978 e o Protocolo Adicional à Convenção Americana dos Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Protocolo de San Salvador) em 1997, com entrada em vigor em 1999 (PNUD, 2015; 2018).

De acordo com a Participante 13, há uma cultura no país de se assinar e ratificar acordos perante a comunidade internacional, mas sua aplicação, de forma geral, não é cumprida.

A Colômbia é um bom amigo. A convidam a assinar todos os tratados e Colômbia assina. Tratados internacionais de direitos, tratados econômicos, mas quando tem que fazer as coisas, Colômbia diz “ui, não. Eu assinei isso, mas não sei como fazer, não tenho como fazer. Não havia pensado. Assinei sem pensar” (Participante 13, tradução nossa).

Isso significa que, mesmo tendo assumido o compromisso de proteger os direitos previstos nesses tratados, entre eles o direito à saúde, a própria Constituição de 1991 não reconheceu o direito de forma a contemplar a abrangência presente nos instrumentos

ratificados. A saúde foi inserida no capítulo dos direitos sociais, econômicos e culturais na Constituição colombiana, mas foi prevista como um serviço público, a cargo do Estado, nos artigos 48 e 49. O Art. 48 trouxe a Seguridade Social, tanto em sua dimensão prestacional, como um serviço público sujeito aos princípios da eficiência, universalidade e solidariedade, quanto em sua dimensão jurídica, por meio de sua garantia de forma irrenunciável e imprescritível (COLOMBIA, 1991a; DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2020). Esse artigo destaca, entretanto, a abertura à participação de particulares na ampliação da cobertura, cabendo ao Estado a função de coordenação e controle (COLOMBIA, 1991a).

Já o Art. 49 reafirmou a saúde e o saneamento ambiental enquanto serviços públicos sob a responsabilidade estatal, sendo garantido o “acesso aos serviços de promoção, proteção e recuperação” e estabelecida, como dever de todos, a busca pelo cuidado integral “de sua saúde e de sua comunidade”. O Estado também deveria instituir as políticas para prestação dos serviços por entidades privadas, além de exercer sua vigilância e controle. Paralelamente, o Art. 49 previu a organização dos serviços de forma descentralizada, por níveis de atenção e com a participação da comunidade (COLÔMBIA, 1991a). Os entrevistados enfatizaram a não menção direta da saúde como um direito, o que pode estar relacionado ao envolvimento do interesse privado na condução do processo (Participantes 9, 11, 12 e 13).

O participante 9 lembra ainda que foram considerados fundamentais somente os direitos inseridos no Capítulo 1 do Título II da Constituição,⁴³ como o direito à vida, à liberdade, ou à pessoa jurídica, os chamados direitos negativos e não progressivos:

Quando se lê o que permaneceu em cada um desses direitos econômicos, sociais e culturais, para não falar dos fundamentais, há uma fratura dizendo: “não, esses são positivos, ou seja, são dependentes do Estado tentar garantir progressivamente, enquanto os fundamentais são negativos, porque são prévios ao Estado”. Essa é uma visão muito liberal e lockeana! (Participante 9, tradução nossa).

Nesse sentido, a não inclusão da saúde no rol dos direitos fundamentais, fez com que predominasse a ideia de que o direito à saúde não seria um direito fundamental, ao contrário do que diz a doutrina dos Direitos Humanos (Participante 12). Além disso, no momento da constituinte, em uma primeira etapa, não se falava em direitos, mas em luta. Já na segunda etapa do processo de construção da nova Constituição, falava-se do direito à vida, à liberdade, ao trabalho, mas não no direito à saúde (Participante 13). A maior parte da população não possuía conhecimentos sobre seus direitos, enquanto os atores sociopolíticos, como os

⁴³No caso das crianças, o Art. 44 da Constituição de 1991 reconhece como fundamentais os seguintes direitos: vida, integridade física, saúde e seguridade social, alimentação equilibrada, entre outros (COLOMBIA, 1991a).

trabalhadores sindicalizados, tentaram se posicionar, colocando a saúde no debate da reforma previdenciária (HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, 2001).

No ano anterior à promulgação da Carta de 1991, foi publicada a Lei 010 - também conhecida como Lei de Municipalização da Saúde - que visou a reorganização do *Sistema Nacional de Salud* (SNS), estruturado em 1973 de forma centralizada. A Nação exercia as funções de direção, financiamento e controle e os municípios interferiam pouco. Com a Lei 010, foram redefinidos os recursos e as competências e foram criados espaços deliberativos. Paralelamente, além de prever o uso de entidades privadas na prestação dos serviços, a referida lei foi responsável por dar início ao processo de descentralização administrativa das entidades públicas de saúde para departamentos, distritos e municípios, por meio da transferência, não somente do poder decisório, mas também da delegação da construção e manutenção de hospitais, postos e centros de saúde locais (COLOMBIA, 1990; RUBIO; HERNÁNDEZ; MOYANO, 2002; VELEZ, 2016).

Segundo González e Gómez (1997), a descentralização na Colômbia significou “um fenômeno político que foi acompanhado por transformações administrativas e fiscais” (p.91), e que visou a integração nacional e o ganho de legitimidade estatal para melhorar a convivência no país, a partir do estabelecimento de um novo papel na economia e da reformulação das relações fiscais entre os entes (GONZÁLEZ; GÓMEZ, 1997). Esse processo foi ainda fortalecido com a previsão constitucional de maior aporte de recursos para as entidades territoriais (Art. 356 e Art. 357) e com a publicação da Lei 060 de 1993, que estabeleceu a distribuição de competências entre as entidades territoriais e a Nação quanto às principais ações em matéria social, como a educação, saúde, saneamento básico entre outros (COLOMBIA, 1993c). Nesse cenário, tendo como pano de fundo as medidas voltadas para o mercado implementadas durante o governo Gaviria, a Lei 010/1990, juntamente com o caráter bipartido da Constituição, marcaram o início da reforma sanitária do sistema de saúde colombiano inserida em um modelo privatista e descentralizado.

Vale ressaltar que o argumento pró-mercado veio acompanhado do enfraquecimento do SNS, por meio do corte de seu orçamento em 50% durante os anos 1980 e de um discurso que buscava enfatizar suas falhas e esconder seus avanços, além de desqualificar o serviço público (VELEZ, 2016). O Sistema Nacional era fragmentado em três subsistemas: o seguro social, gerido pelo *Instituto de Seguros Sociales* (ISS) e destinado às pessoas com contrato formal de trabalho no setor privado; as Caixas de Prevenção, as quais atendiam aos trabalhadores do setor público; e a assistência pública, responsável por atender ao restante da população. Enquanto as Caixas de Prevenção eram constituídas por uma rede diversificada de

instituições, o ISS era financiado por cotizações obrigatórias entre trabalhadores e empresários, sem aportes reais do Estado e com baixa cobertura. Os serviços públicos eram prestados pelo fraco Estado local e por instituições filantrópicas, como hospícios e hospitais de monjas e sacerdotes (Participantes 4, 9 e 13), sendo caracterizados por subsídios à oferta, ou seja, com envio de recursos estatais diretamente às clínicas e hospitais (BARRERO-RAMÍREZ, 2014). O SNS, portanto, estava organizado de forma centralizada, mas operava de forma fragmentada e desarticulada (RUBIO; HERNÁNDEZ; MOYANO, 2002).

(...) uma assistência pública para pobres, de prestação direta, hospitais abertos, por impostos. Ou seja, um financiamento da oferta por impostos, para pobres, através de centros de saúde, hospitais de primeiro, segundo e terceiro nível, desfinanciados, em crise permanente, de caráter público, estatal (Participante 9, tradução nossa).

Além disso, o SNS se concentrava no ambiente urbano e atendia à população desses espaços e aos trabalhadores e suas famílias. Os melhores serviços eram destinados aos trabalhadores vinculados a empresas, como petrolíferas ou militares, que eram consideradas as mais importantes do país, tendo surgido há 50 anos (Participantes 4 e 13). Havia ainda um subsetor privado, constituído por drogarias e serviços particulares, o qual também era utilizado pela população pobre quando não conseguia atendimento na rede pública (Participante 9).

Outra questão do sistema de saúde colombiano é que, mesmo antes da reforma sanitária, as seguradoras de saúde já haviam se instalado no país. A categoria médica defendia a prática privada desde os anos 1960, quando dois médicos criaram o primeiro seguro hospitalário no ano de 1961, a fim de atraírem aqueles que teriam condições de arcar com os serviços. Desde então, novas empresas de seguro e de medicina pré-paga foram entrando no mercado para atenderem aos setores médios da população, especialmente fomentadas pelos EUA nos anos 1980 (Participante 9).

Nesse cenário, quando ocorre a discussão da reforma, os diversos grupos de interesse apresentaram quatro opções distintas, entre elas a proposta da Aliança Democrática M-19 (cujos membros estavam no Ministério da Saúde) de um seguro nacional de saúde, público e horizontalizado. Entretanto, devido a uma correlação de forças internas ocorrida durante o mandato do ex-presidente Gaviria, foi iniciada uma crise política e esses atores saíram do governo. Nesse momento, permaneceram conduzindo o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho jovens economistas formados nos EUA, a partir de uma perspectiva neoliberal, os quais apresentaram a proposta de se buscar uma unificação pela via do mercado, de forma regulada, e com seguro em saúde, uma vez que o modelo anterior, unificado pelo

Estado, havia fracassado (Participante 9). A ideia principal era a concorrência entre o público e o privado, com livre escolha pelas pessoas (Participante 10).

Essa mesma corrente teórica havia embasado a reforma do sistema de saúde do Chile, inserida em uma agenda definida pelo Banco Mundial, por meio do financiamento pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e pelo Fundo Monetário Internacional - FMI (Participantes 4 e 9). Um dos eixos norteadores desse processo foi o desenvolvimento de novas formas de parcerias público-privadas e criação de novos atores e/ou organizações privadas que assumissem a prestação dos serviços de saúde em colaboração com o setor público. O segundo eixo envolveu a transformação institucional do setor público, com novos órgãos, regulações e incentivos, em uma lógica de “saneamento das finanças públicas”, fazendo com que o ministro da fazenda fosse mais determinante da validação da proposta do que o ministro da saúde ou do que as diretrizes emitidas pelos órgãos de gestão da seguridade social (ROSSETI; MOGOLLÓN, 2002, p.44). Ambos os casos são paradigmáticos quanto à incorporação dessa agenda, mas a Colômbia foi considerada a mais inovadora devido à implementação de um seguro universal para a provisão dos serviços de forma regulada (ALMEIDA, 2002a).

Ademais, a Colômbia conseguiu manter algumas garantias em comparação ao Chile, onde, há apenas alguns anos, foi implementada uma lista de serviços equânime e onde havia mais de 2 mil planos de saúde possíveis. “Ninguém sabia o que estava coberto, não tinha como comparar” (Participante 4). No sistema de saúde colombiano, por outro lado, buscou-se o estabelecimento de listas menos desiguais, além de haver a transferência de um recurso fixo do Ministério da Saúde para as seguradoras, a partir das contribuições dos empregados, tendo como diretriz a solidariedade. Tais medidas, entretanto, não foram suficientes para garantir a equidade no acesso à saúde pela população (Participantes 4 e 10).

Então, é a ideia de que é o melhor dos mundos em que você poderia pegar as coisas do melhor do setor privado, que é a livre escolha, a competição e tudo, mas, ao mesmo tempo, criar mecanismos de solidariedade em que um tanto vai para um fundo que vai para o modelo solidário que, aos poucos, vai incluindo a população (Participante 10).

A consolidação da implementação do novo sistema de saúde se deu com a publicação da Lei 100 em dezembro de 1993, marco legal da reforma da seguridade social na Colômbia e da criação do *Sistema General de Seguridad Social en Salud*, (SGSSS) um sistema híbrido que tem o Estado como regulador e o setor privado como principal prestador dos serviços (ALMEIDA, 1999; COLOMBIA, 1993a; LONDOÑO; FRENK; 1997). Esse modelo,

batizado de pluralismo estruturado, foi desenhado de forma sistematizada - e coerente com a aposta da Assembleia Constituinte - por Juan Luiz Londoño, que foi Ministro da Saúde do governo Uribe, juntamente com Julio Frenk, mexicano, o qual vinha de uma tentativa frustrada de reforma em seu país (Participantes 9 e 12).

No documento intitulado *“Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina”* (LONDOÑO; FRENK, 1997), os pesquisadores apresentaram o conceito do modelo, justificando a proposta a partir da busca por um “ponto médio” entre os arranjos presentes nos sistemas de saúde da América Latina:

O "pluralismo" evita os extremos do monopólio no setor público e a atomização no setor privado. “Estruturado” evita os extremos dos procedimentos autoritários do governo e a ausência anárquica de regras do jogo transparentes, para evitar ou compensar falhas de mercado. (...) O pluralismo estruturado incentiva uma distribuição de poder mais equilibrada do que qualquer um dos modelos polares. (LONDOÑO; FRENK, 1997, p.16, aspas dos autores, tradução nossa).

Em outras palavras, para os autores, o equilíbrio na distribuição de poder entre os atores do sistema resolveria os problemas relacionados à insuficiência de recursos, qualidade dos serviços, incorporação de tecnologias, inclusão da população pobre; entre outros, além de balancear os diversos interesses envolvidos (LONDOÑO; FRENK, 1997). Como será discutido ao longo deste subcapítulo, tal pretensão não se converteu em realidade, uma vez que os interesses privados, voltados para o lucro, costumam prevalecer, mesmo com regras bem estabelecidas.

Segundo o Participante 9, Londoño via a implementação do pluralismo estruturado na Colômbia “uma janela de oportunidades que não aconteceu em outros países” (aspas do participante), cuja implementação foi muito rápida e determinante das medidas tomadas a seguir (Participante 9). As principais questões facilitadoras foram o otimismo causado pelo crescimento econômico e pela queda do desemprego nos anos anteriores,⁴⁴ bem como o ambiente político favorável à reforma, uma vez que a saúde foi incluída no pacote das pensões como condição para aprovação do projeto pelo Congresso (ROSSETI; MOGOLLÓN, 2002; SALAMANCA, 2002). Paralelamente, no momento das discussões, os trabalhadores e sindicatos haviam centralizado o debate na reforma previdenciária, pois sabiam que iria ser disponibilizado um grande volume de recursos dos empregados para as empresas privadas e não cogitavam a possibilidade do setor saúde também ser foco de tantos interesses econômicos, já que era um setor subfinanciado, com poucos investimentos e em crise constante (Participante 12).

⁴⁴Ver Figuras 3, 4 e 5 do item anterior.

A Lei 100 foi então dividida em três partes: pensões, saúde e riscos profissionais. O livro da saúde, iniciado a partir do Art.152, criou SGSSS, desenvolvendo seus fundamentos; diretrizes; organização e funcionamento; normas administrativas e financeiras, entre outros. Ainda, segundo a lei, os objetivos do Sistema seriam “regular o serviço público essencial de saúde e criar condições de acesso de toda a população ao serviço, em todos os níveis de atenção”. Entre os princípios do SGSSS, além da equidade, da proteção integral, da qualidade, da descentralização administrativa e da participação social, podem-se citar a obrigatoriedade, a livre escolha e a autonomia das instituições (COLOMBIA, 1993a).

O princípio da obrigatoriedade significa que, ao mesmo tempo em que a filiação ao sistema é mandatória para todos os cidadãos, as empresas devem filiar seus empregados, assim como o Estado deve fomentar a filiação de quem não tem vínculo formal de emprego. A livre escolha se refere à possibilidade de o usuário eleger, sempre que possível, a entidade administradora e prestadora dos serviços, o que, segundo a lei, fomenta a concorrência e permite a participação de diferentes entidades no Sistema. A autonomia institucional, por sua vez, está relacionada à personalidade jurídica, à autonomia administrativa e à independência patrimonial das entidades, salvo em casos estabelecidos em lei (COLOMBIA, 1993a).

Tais entidades, denominadas *Entidades Promotoras de Salud* (EPS), foram criadas pela Lei, podendo ser públicas (caixas, fundos do serviço público ou institutos, como o ISS), privadas (entidades de medicina pré-paga e empresas solidárias de saúde, por exemplo) ou mistas. As funções dessas entidades são a filiação dos usuários e a administração de recursos do sistema e da provisão dos serviços, operando como seguradoras e competindo com as antigas instituições públicas de seguridade social (ALMEIDA, 1999; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, 2001; LONDOÑO; FRENK, 1997; VELEZ, 2016). A finalidade principal das EPS seria a promoção da saúde e a gestão do risco, ou seja, “não de prestar serviços, mas de garantir que as pessoas não adoçam, de garantir que as pessoas fiquem saudáveis” (Participante 13).

A assistência aos usuários, por sua vez, ficou a cargo das *Instituciones Prestadoras de Servicios* (IPS), as quais também podem ser públicas ou privadas, e podem pertencer à rede própria das EPS (integração vertical) ou podem ser contratadas por essas entidades para a provisão dos serviços (ALMEIDA, 1999; DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2012; LONDOÑO; FRENK, 1997; PAHO, 2012; VELEZ, 2016).

A inserção da população no sistema foi institucionalizada por meio de dois regimes principais: o regime contributivo e o subsidiado, além de haver os vinculados temporários⁴⁵ e os regimes de exceção, destinados a grupos específicos (COLOMBIA, 1993a). Segundo a Participante 4, a manutenção dos regimes especiais está relacionada ao status econômico e social das categorias beneficiárias, as quais conseguiram permanecer fora do regime geral após inúmeras discussões. A Lei 100 reconheceu esses regimes, mas há uma regulação específica para cada grupo, como os petroleiros, atendidos pelo Ecopetrol; as forças militares, reguladas pelo Ministério da Defesa; professores de escolas públicas, pelo Magistério; e professores de universidades públicas, atendidos pelo Unisalud.

O regime contributivo se financia com o recolhimento compulsório de 12,5% das remunerações laborais (4% por parte do trabalhador e 8,5% por parte do empregador), havendo cobertura para empregados e suas famílias (mediante pagamentos adicionais), incluindo também os servidores públicos, os trabalhadores autônomos com capacidade de pagamento e os pensionistas e aposentados. O regime subsidiado foi criado para assegurar a assistência à população mais vulnerável e sem capacidade de pagamento, sendo financiado pelo Estado, por meio de recursos fiscais, ou pelos usuários do contributivo com maior renda, a partir de mecanismos de solidariedade (ALMEIDA, 1999; COLOMBIA, 1993a; DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2012; ECHEVERRY-LÓPEZ; BORRERO-RAMÍREZ, 2015; GÓMEZ-CEBALLOS; CRAVEIRO; GONÇALVES, 2018; VELEZ, 2016). No caso dos regimes de exceção, a cotização é realizada pelos trabalhadores e pelo Estado, cujos aportes costumam ser maiores do que a contribuição patronal do regime contributivo (MORENO, 2010). O SGSSS, portanto, foi criado como um sistema focado na proteção dos trabalhadores (Participante 13).

A administração do regime contributivo, incluindo a gestão dos recursos e a provisão dos serviços, é realizada pelas EPS, enquanto tal atribuição, no caso do regime subsidiado, cabe às gestões departamentais, distritais e municipais de saúde, as quais podem celebrar contratos com as EPS do regime subsidiado para que assumam essas funções (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2012). As competências do governo nacional (Ministérios da Saúde e do Trabalho), por sua vez, são a definição das regras e a direção do SGSSS; a orientação das políticas de saúde; a regulação do sistema e o estabelecimento dos mecanismos de inspeção, controle e vigilância, funções atribuídas à *Superintendencia Nacional de Salud* (Supersalud),

⁴⁵O chamado regime temporário ou para os vinculados se trata de um sistema residual e assistencialista que foi criado para atender, nos hospitais públicos, à população pobre que ainda não havia sido filiada ao regime subsidiado durante o ajuste do Sistema (MORENO, 2010; RUBIO; HERNÁNDEZ; MOYANO, 2002).

também criada pela Lei 100 (BORRERO-RAMÍREZ, 2014; COLOMBIA, 1993a; 1993c). A Supersalud ainda se tornou responsável pela verificação e fiscalização do cumprimento da provisão dos serviços pelas EPS, para as quais foi vedada a negação de atendimento por condições preexistentes, sob pena de pagamento de multas. No caso da vigilância sanitária, registro e controle de qualidade medicamentos, produtos biológicos, alimentos, cosméticos, elementos cirúrgicos, entre outros, a Lei 100 criou o *Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos*, o INVIMA (COLOMBIA, 1993a).

A ideia da solidariedade presente na Lei 100 está atrelada à criação do *Fondo de Solidaridad y Garantía* (FOSYGA), um fundo único vinculado e gerido pelo Ministério da Saúde, no qual seriam depositados os recursos públicos e parte das contribuições dos empregados e empresas, por meio de quatro componentes de financiamento: solidariedade; compensação; riscos catastróficos e acidentes de trânsito; e promoção e prevenção (COLOMBIA, 1993a; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, 2001; VELEZ, 2016).

O primeiro componente se refere a 1,5% da cota dos trabalhadores e o segundo, à diferença (superávit) entre o total arrecadado do contributivo e o valor total *per capita* (*Unidad de pago por Capitalización* - UPC) que as EPS recebem para administrarem a cesta de serviços de seus filiados. O terceiro e o quarto componentes, por sua vez, relacionam-se à arrecadação do seguro obrigatório contra acidentes de trânsito e eventos similares e a uma porcentagem da arrecadação obrigatória (CÁRDENAS; PEREIRA; MACHADO, 2017; VELEZ, 2016). O cálculo da UPC foi definido como a divisão, em cada regime, do total de recursos pelo número de filiados (MORENO, 2010). Nesse sentido, o financiamento do SGSSS, diferentemente do SNS, caracteriza-se por subsídios à demanda, ou seja, os recursos são vinculados aos usuários e são entregues aos hospitais por meio de contratos de prestação de serviços (BORRERO-RAMÍREZ, 2014).

Outros elementos do financiamento instituídos na reforma foram os copagamentos e as cotas moderadoras, modalidades que se referem à cobrança de valores adicionais dos filiados com o objetivo de, respectivamente, fornecer mais recursos ao sistema e de racionalizar o uso dos serviços, com fomento à participação em programas de saúde integral promovidos pelas EPS (COLOMBIA, 1993a; DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2013). No entanto, apenas alguns serviços, como a promoção e prevenção, a Atenção Básica, o tratamento de doenças transmissíveis e de alto custo e a atenção a urgências e emergências foram isentos de copagamento. Neste último caso, o atendimento é de caráter obrigatório por parte das EPS e entes territoriais, independentemente da capacidade de pagamento do usuário (CÁRDENAS; PEREIRA; MACHADO, 2017; COLOMBIA, 1993a). Para as EPS ainda foi permitido o

oferecimento de planos de saúde complementares, com contratação direta pelo usuário (COLOMBIA, 1993a).

A classificação socioeconômica para focalização no regime subsidiado, bem como a identificação das necessidades da população mais pobre e vulnerabilizada, são realizadas pelo Sisbén (*Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales*), um senso municipal elaborado e consolidado pelo *Departamento Nacional de Planeación* (DNP), que possui quatro categorias (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2012; 2020). Apesar da Lei 100 ter a solidariedade e a equidade como princípios fundantes e ter trazido consigo um aparato institucional para atender a toda população, há contradições importantes na própria lei que expõem, e mesmo levam, a iniquidades de acesso e de cobertura dos serviços.

A divisão em regimes com características corporativas e critérios para ingresso baseados no mérito, comprovação de pobreza e poder de compra, já revela a primeira contradição (GÓMEZ-CAMELO, 2005). Enquanto o indivíduo tem um emprego formal ou uma fonte de recursos que o permite realizar cotização, permanece no regime contributivo. Por outro lado, as pessoas que não têm renda suficiente para o pagamento da cota, geralmente, são filiadas ao regime subsidiado. Há, entretanto, casos em que a pessoa não se enquadra em nenhuma dessas situações, ou seja, trata-se de alguém que não pode contribuir, mas que, tampouco, é pobre para que o sistema de informação do SGSSS o classifique como vulnerável (Participante 11).

O pior que pode acontecer com alguém é perder sua fonte de renda, ou porque ele perde o emprego, ou porque teve que fechar seu negócio, ou porque não pode desenvolver sua atividade econômica, ou porque precisa vender coisas na rua e não consegue. Então, quando se perde a fonte econômica, se permanece no limbo, porque não está nem de um lado, nem do outro (Participante 11, tradução nossa).

Além disso, os regimes contributivo e de exceção apresentavam maiores gastos *per capita*, cobertura e benefícios econômicos e previdenciários (CÁRDENAS; PEREIRA; MACHADO, 2017). Cada regime foi criado com uma cobertura específica de serviços, o *Plan Obligatorio de Salud* (POS), definido a partir de critérios de custo-eficiência e cujo conteúdo deveria estar acessível a todos os filiados, incluindo a atenção preventiva, médico-cirúrgica e os medicamentos essenciais (COLOMBIA, 1993a; ECHEVERRY-LÓPEZ; BORRERO-RAMÍREZ, 2015; VELEZ, 2016).

O POS do regime contributivo foi definido com o mesmo teor do ISS (*Instituto de Seguros Sociales*), ou seja, “pegaram a mesma lista e passaram para o regime contributivo”, mas o POS do subsidiado, chamado de POS-S, contemplava “uma lista muito pequena, só de atenção básica e algumas coisas de alto custo, tipo doença renal crônica, algumas coisas de

câncer só, mas parava por ali” (Participante 4). Vale ressaltar que a ideia inicial da Lei 100 era que a cotização subsidiada seria a mesma do contributivo, mas por pressão das entidades, a aplicação dos recursos apresentava regras distintas no subsidiado (MORENO, 2010).

Ao mesmo tempo, a *Unidad de pago por Capitación* (UPC) é definida tendo como parâmetro o risco, a partir da faixa etária, gênero, perfil epidemiológico e demográfico, sendo que o valor do regime subsidiado já chegou a ser 57% menor que o do contributivo e o prazo limite para equiparação dos planos, que era até 2001, não foi cumprido (CÁRDENAS; PEREIRA; MACHADO, 2017; GÓMEZ-CEBALLOS; CRAVEIRO; GONÇALVES, 2018; PAHO, 2012). Outra questão que expõe as contradições e iniquidades da implantação do SGSSS foi a forma como se estabeleceu a incidência dos copagamentos e das cotas moderadoras. Embora a Lei 100 tenha ressaltado que os pagamentos adicionais não poderiam se tornar barreiras de acesso para o regime subsidiado e, apesar de existirem tabelas para serviços inclusos e não inclusos no *Plan Obligatorio de Salud* - POS (definidas a partir de faixas de renda), com incidência de porcentagens menores nos serviços incluídos no POS-S, o valor dos copagamentos dos serviços não incluídos é maior para o subsidiado (CÁRDENAS; PEREIRA; MACHADO, 2017). Além disso, os copagamentos são utilizados de acordo com a frequência de uso dos serviços (ECHEVERRY-LÓPEZ; BORRERO-RAMÍREZ, 2015), significando uma espécie de ‘penalidade’ para aqueles que mais necessitam de cuidados.

Importante ressaltar que o conteúdo do POS e o valor da UPC, dos copagamentos e cotas moderadoras deveriam ser definidos pelo *Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud* (CNSSS), um órgão também criado pela Lei 100, com caráter consultivo e deliberativo, adscrito ao Ministério da Saúde (COLOMBIA, 1993a). A conformação e composição do Conselho, entretanto, com menor representatividade de usuários e trabalhadores⁴⁶ direcionava a tomada de decisão a favor do governo e das seguradoras (MARTÍNEZ, 2015). A Participante 12 corrobora essa informação:

O que sai neste país para regulamentar são coisas que saem do Ministério da Saúde ou saem da Superintendência Nacional de Saúde, em termos de regulamentação. O Conselho deve fazer um controle, mas não há um espaço formal, paritário. (...) não há uma participação com poder decisório no país (Participante 12, tradução nossa).

⁴⁶Composição do CNSSS, segundo a Lei 100: Ministro da Saúde (presidente); Ministros do Trabalho e Seguridad Social e da Fazenda e Crédito Público; representantes das entidades departamentais e municipais de saúde; dois representantes dos empregadores; dois representantes dos trabalhadores; representante do ISS; um representante das EPS (fora do ISS); um representante das IPS; um representante dos profissionais de saúde; um representante dos usuários (COLOMBIA, 1993a).

A Lei 100, portanto, consolidou a reforma sanitária colombiana em um modelo de asseguramento, com entrega das competências de administração e controle de recursos ao setor privado no caso do regime contributivo e a departamentos e municípios no caso do subsidiado. Esse desenho ainda separou a atenção individual da coletiva, deixando a primeira a cargo do mercado, regida pela lei da oferta e da procura, em um modelo de atenção fragmentado, curativo e de reparação (GÓMEZ-CAMELO, 2005; RUBIO; HERNÁNDEZ; MOYANO, 2002). Tais características reafirmam a incorporação pelo país das tendências internacionais no que se refere a modelos de asseguramento focados na atenção a enfermidades, mas desvinculado de políticas direcionadas aos determinantes ambientais, sociais e econômicos, os quais têm maior potencial de impactar positivamente as pessoas e comunidades (RUBIO; HERNÁNDEZ; MOYANO, 2002).

“Então, o organizador agora é o mercado. E vai saindo pouco a pouco a ideia de transformar os orçamentos para hospitais públicos em um regime subsidiado, para pessoas pobres, que demonstrem ser pobres”, ou seja transformando esses hospitais em empresas sociais para que concorressem no mercado (Participante 9). A transformação dos hospitais públicos em empresas sociais significou a adoção de um modelo privado de gestão, cuja origem do financiamento é a venda de serviços às EPS. Diversos hospitais públicos foram reformados, mas muitos outros foram fechados devido à competição no mercado, muitas vezes prejudicada pela rigidez institucional e por problemas estruturais herdados do SNS. Como parte desse processo, o *Instituto de Seguros Sociales* perdeu sua rede própria de serviços e, ao mesmo tempo, houve o favorecimento das EPS privadas em detrimento do Instituto por meio da proibição de novas filiações, permanecendo no ISS usuários em idade avançada (PAHO, 2012; RUBIO; HERNÁNDEZ; MOYANO, 2002; VELEZ, 2016).

Segundo a Participante 4, houve um enfraquecimento considerável dos hospitais públicos com a mudança em seu *status* jurídico, uma vez que já não podiam contar com a garantia do orçamento estatal e não conseguiam ser contratados pelas EPS, as quais, em sua maioria, tinha rede própria, causando uma grave crise no setor (Participante 4). Essa crise foi como parte da população percebeu a reforma do sistema, já que, em termos práticos, a assistência à população vulnerabilizada pouco tinha avançado:

"(...) como médica do povo, fiquei sabendo da mudança do antigo sistema de saúde para o *Sistema General de Seguridad Social em Salud*, e as mudanças lá não foram percebidas tão fortes, mas começou um forte desfinanciamento, uma perda de recursos dos hospitais públicos (Participante 12, tradução nossa).

A própria complexidade do desenho do novo sistema dificultou a compreensão da reforma pelos usuários, desafio que levou à criação de espaços de participação, como associações e assentos nos conselhos administrativos das EPS e em comitês de ética dos hospitais e demais *Instituciones Prestadoras de Servicios* (BORRERO-RAMÍREZ, 2014). De acordo com a autora, entretanto, ao focarem na qualidade dos serviços e nos termos dos contratos, os usuários acabaram se vendo como consumidores e não como cidadãos exercendo um direito.

Ademais, devido à pouca representatividade dos usuários nesses espaços, chegando à proporção de 20 representantes dos setores produtivos para cada usuário, não há paridade nos processos decisórios. “Há consultas virtuais, por exemplo, para temas, alguns fóruns, mas não há uma democracia substantiva nesse setor, não. E nem os profissionais tem a possibilidade de ter peso no setor” (Participante 12, tradução nossa).

Nesse contexto, a lógica da reforma do sistema de saúde colombiano “introduziu o conceito de saúde como mercadoria”, tendo como princípio a intermediação de atores privados que possuem o lucro como objetivo principal (VELEZ, 2016, não paginado). O papel das EPS como administradoras financeiras do Sistema, isto é, como intermediárias, significou uma importante barreira de acesso e uma atenção à saúde insuficiente e desigual, pois as IPS se tornaram os últimos destinos dos recursos, levando a uma grave crise nos anos seguintes, marcada pelo caos administrativo, pela corrupção e pela quebra de diversas instituições (ALDANA, 2013; BORRERO-RAMÍREZ, 2014).

O projeto de redução do Estado foi colocado em prática já a partir de 1993, com o aprofundamento da participação privada em vários campos das políticas sociais, acompanhado do corte de direitos e focalização das ações (ECHEVERRY-LÓPEZ; BORRERO-RAMÍREZ, 2015). Soma-se a isso a insuficiência de repasses e iniquidades na distribuição de recursos entre as entidades territoriais, um dos principais desafios da descentralização implementada no início da reforma (GONZÁLEZ; GÓMEZ; 1997). Segundo os autores, esse processo foi impositivo e impulsionado por demandas externas ao setor.

Embora os objetivos iniciais fossem a distribuição mais equitativa de recursos entre as regiões, as especificidades regionais imprimiram distintos graus de avanço na descentralização, levando à fragmentação das políticas de saúde pública (anteriormente organizadas pela Nação) e deterioração dos indicadores de saúde em algumas regiões (RUBIO; HERNÁNDEZ; MOYANO, 2002). A transferência de responsabilidades às entidades territoriais e Empresas Sociais do Estado, sem a condução eficiente do Estado e sem o compromisso com os valores públicos necessários, transformou a autonomia pretendida pela

descentralização em favorecimento e liberdade de atuação dos atores privados, caracterizada pelo clientelismo e pela falta de prestação de contas e de priorização da saúde da população (MOLINA, 2009; TORAÑO; MONTOYA, 2000).

Algumas dessas questões foram objeto de nova regulamentação do sistema, buscando-se corrigir as falhas e contradições, sem, contudo, agir sobre seu cerne privatista. De fato, desde a criação do SGSSS, inúmeros instrumentos legais foram publicados trazendo adaptações, mudanças e reformas (Figura 11 e Apêndice 7).⁴⁷ Tais instrumentos vão desde resoluções, decretos e acordos sobre o conteúdo e abrangência do *Plan Obligatorio de Salud*, até a reorganização do sistema por meio de leis ordinárias e da lei estatutária, mas sempre mantendo ou intensificando a participação privada como intermediária e/ou prestadora dos serviços. Como esperado, o marco legal do Sistema reflete sua lógica de estruturação, em um *mix* público-privado no qual um direito social se confunde com o direito de consumo. Ao mesmo tempo em que trazem princípios que remetem à cidadania e à política pública, como universalidade, participação social, equidade e interesse público, os mesmos instrumentos abordam regras contratuais, patrimoniais e de solvência de instituições privadas.

Logo após a reforma, já em 1994, diversos decretos foram publicados para regulamentar e estruturar os serviços e órgãos criados pela Lei 100 de 1993, como o Decreto 1259, o qual reestruturou a Supersalud; o Decreto-Lei 1290, que estabeleceu as funções e organização do INVIMA e o Decreto 1485, que regulou a organização e o funcionamento das EPS e a proteção aos usuários (COLOMBIA, 1994a; 1994b; 1994c).

Ainda em 1994, o Decreto-Lei 1298 expediu o Estatuto Orgânico do SGSSS, o qual resgatou os princípios, bem como aprofundou a definição das competências e características

⁴⁷Marco histórico-legal do SGSSS (1990-2020), segundo os principais componentes do sistema (conteúdo do direito à saúde; organização do sistema; mudança institucional; participação privada; filiação e asseguramento; financiamento e fluxo de recursos; participação; acesso; cobertura: ¹Lei 010/1990; ²Constituição/1991; ³Lei 060/1993; ⁴Lei 100/1993; ⁵Decreto 1259/1994; ⁶Decreto-Lei 1290/1994; ⁷Decreto-Lei 1298/1994; ⁸Decreto 1485/1994; ⁹Decreto 1486/1994; ¹⁰Decreto 1757/1994; ¹¹Resolução 5261/1994; ¹²Resolução 5061/1997; ¹³Decreto 806/1998; ¹⁴Resolução 2312/1998; ¹⁵Decreto 47/2000; ¹⁶Resolução 412/2000; ¹⁷Resolução 3384/2000; ¹⁸Lei 715/2001; ¹⁹Acordo 228/2002; ²⁰Decreto 2400/2002; ²¹Acordo 232/2002; ²²Acordo 244/2003; ²³Acordo 260/2004; ²⁴Lei 972/2005; ²⁵Acordo 306/2005; ²⁶Lei 1122/2007; ²⁷Decreto 2699/2007; ²⁸Resolução 3099/2008; ²⁹Resolução 3754/2008; ³⁰Acordo 04/2009; ³¹Acordo 08/2009; ³²Decreto 4973/2009; ³³Acordo 415/2009; ³⁴Resolução 1817/2009; ³⁵Resolução 3173/2009; ³⁶Decreto 4975/2009; ³⁷Decreto 128/2010; ³⁸Decreto 131/2010; ³⁹Decreto 132/2010; ⁴⁰Acordo 011/2010; ⁴¹Lei 1393/2010; ⁴²Lei 1148/2011; ⁴³Acordo 027/2011; ⁴⁴Resolução 163/2011; ⁴⁵Lei 1438/2011; ⁴⁶Decreto 2560/2012; ⁴⁷Acordo 032/2012; ⁴⁸Resolução 4480/2012; ⁴⁹Resolução 744/2012; ⁵⁰Decreto 1683/2013; ⁵¹Lei 1608/2013; ⁵²Circular 03/2013; ⁵³Resolução 1841/2013; ⁵⁴Resolução 5395/2013; ⁵⁵Lei 1751/2015; ⁵⁶Resolução 0518/2015; ⁵⁷Resolução 1479/2015; ⁵⁸Decreto 2353/2015; ⁵⁹Lei 1753/2015; ⁶⁰Resolução 429/2016; ⁶¹Decreto 780/2016; ⁶²Lei 1797/2016; ⁶³Resolução 3951/2016; ⁶⁴Resolução 6408/2016; ⁶⁵Resolução 330/2017; ⁶⁶Resolução 532/2017; ⁶⁷Resolução 1268/2017; ⁶⁸Resolução 2063/2017; ⁶⁹Decreto 682/2018; ⁷⁰Resolução 1885/2018; ⁷¹Circular 014/2018; ⁷²Resolução 2438/2018; ⁷³Lei 1949/2019; ⁷⁴Lei 1955/2019; ⁷⁵Lei 1966/2019; ⁷⁶Decreto 2106/2019; ⁷⁷Resolução 2626; ⁷⁸Decreto 2154/2019; ⁷⁹Resolução 3539/2019; ⁸⁰Circular 10 CNPMDM/2020; ⁸¹Resolução 385/2020. Maiores detalhes no Apêndice 8.

do Sistema. É mister destacar que, ao CNSSS, foram atribuídas decisões fundamentais para a garantia de cobertura e de acesso pelos usuários, que ultrapassavam a determinação do conteúdo do POS e valores da UPC, tais como a definição dos critérios para seleção dos beneficiários do regime subsidiado; o valor dos subsídios; os critérios de alocação dos recursos do FOSYGA; entre outras, sendo uma das mais importantes a programação da unificação do POS dos regimes até 2001 (COLOMBIA, 1994d). Entre 1994 e 1996, mesmo com esse esforço regulatório, a ampliação da cobertura do regime subsidiado foi prejudicada, devido ao subfinanciamento do sistema. A crise que afetou o emprego no período⁴⁸ reduziu os aportes de solidariedade do regime contributivo, além de ter havido insuficiência no repasse de recursos por parte do governo (RUBIO; HERNÁNDEZ; MOYANO, 2002).

A partir da promulgação do Estatuto do SGSSS, o Decreto 1486/1994 foi responsável por sua regulamentação quanto à organização da medicina pré-paga, um sistema cujo conteúdo deveria ser complementar ao POS, oferecido pelas EPS mediante contrato e pagamento do próprio bolso, pelos usuários (COLOMBIA, 1994e). A participação social, por sua vez, foi organizada pelo Decreto 1757/1994 que, de forma controversa, focou a participação cidadã na escuta de reclamações, petições e sugestões dos usuários, sendo que cada EPS e IPS deveria organizar o Serviço de Atenção ao Usuário para promover essa escuta (COLOMBIA, 1994f).

Ainda em 1994, foi publicada a Resolução 5261, que estabeleceu o Manual de Atividades, Intervenções e Procedimentos incluídos no Plano Obrigatório de Saúde com o objetivo de definição de parâmetros para a prestação dos serviços, como garantia de acesso, qualidade e eficiência. Segundo a Resolução, os filiados do regime contributivo teriam pleno direito ao conteúdo do POS, exceto para serviços de alto custo, para os quais foi prevista uma carência de 26 semanas (COLOMBIA, 1994g; DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2009).

Em 1997, um importante marco legal foi a publicação da Resolução 5061, pela qual foram regulamentados os Comitês Técnico-Científicos das EPS e das IPS. Esses Comitês, integrados por um representante da EPS, um da IPS e um dos usuários, foram criados para realizarem a análise de solicitações e reclamações de procedimentos, tratamentos, tecnologias e medicamentos que não estavam incluídos na lista definida pelo CNSSS (COLOMBIA, 1997). No ano seguinte, a Resolução 2312 definiu que quando um medicamento não incluído no POS ou POS-S fosse autorizado pelo Comitê, a EPS deveria fornecê-lo, realizando solicitação de reembolso ao Ministério da Saúde em até 30 dias (COLOMBIA, 1998a).

⁴⁸Ver figuras 3, 4 e 5 do item anterior.

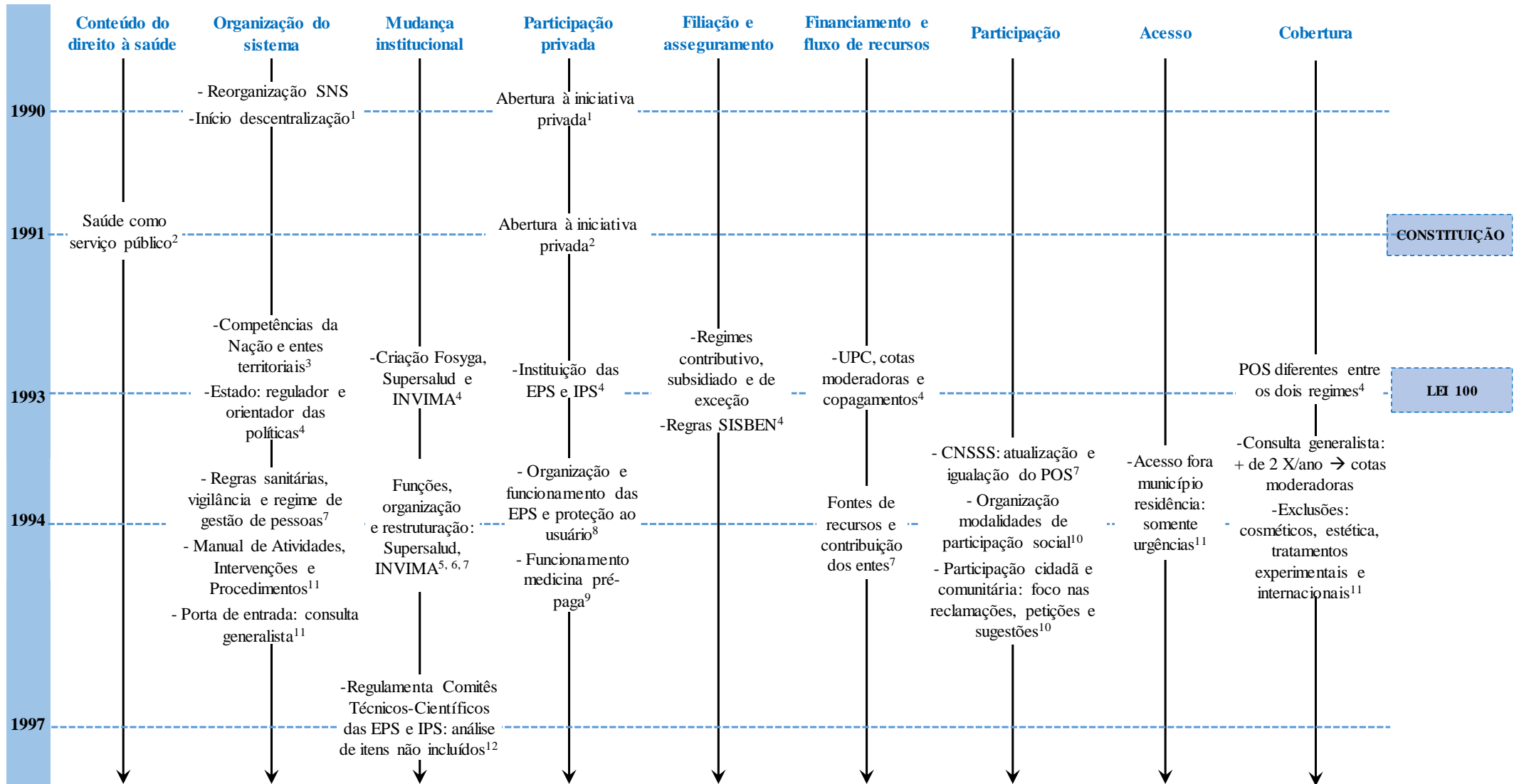


Figura 11 - Marco histórico-legal do SGSSS segundo os principais componentes do sistema, Colômbia, 1990-2020 (elaboração própria).

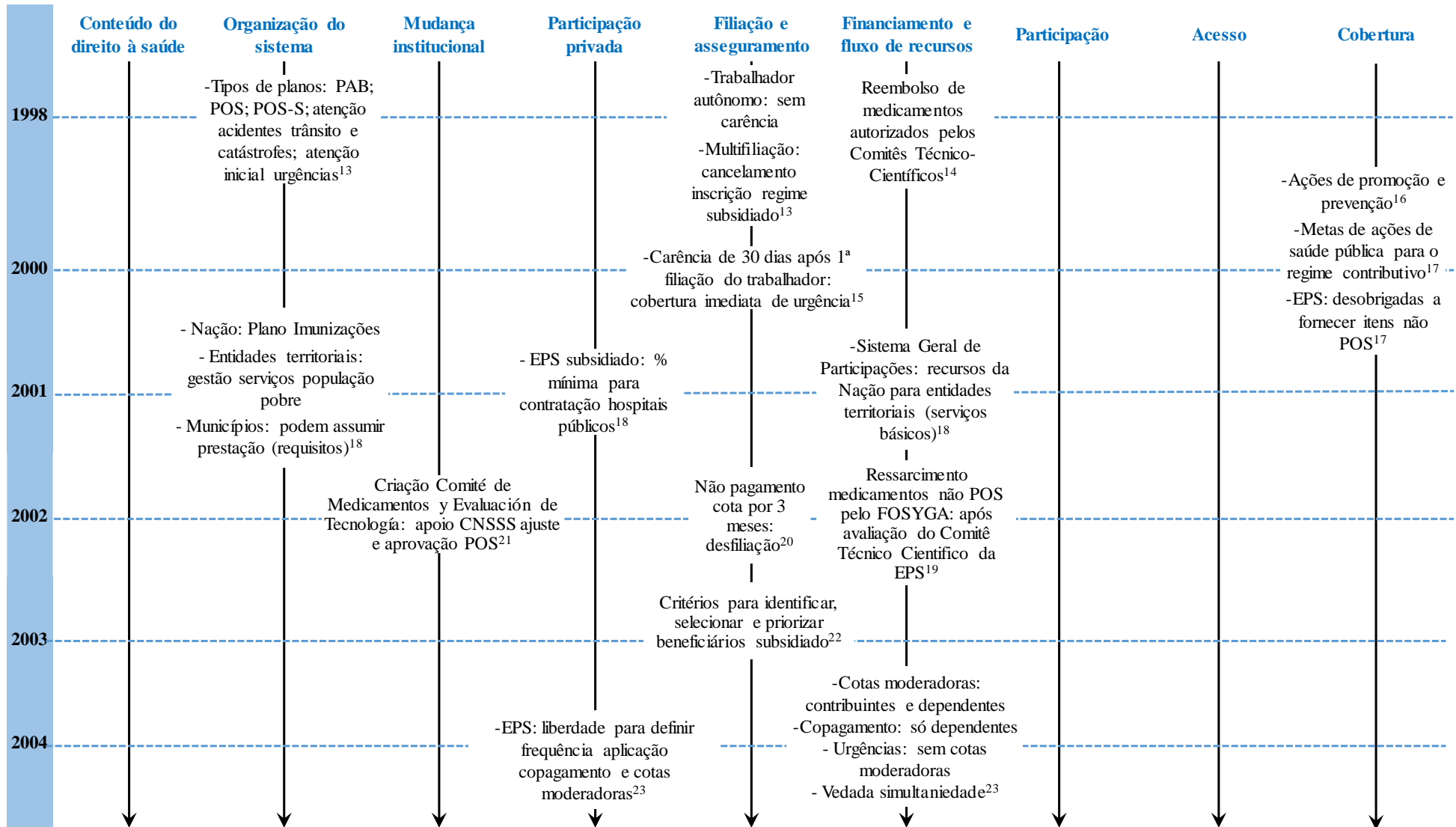


Figura 11 - Marco histórico-legal do SGSSS segundo os principais componentes do sistema, Colômbia, 1990-2020 (elaboração própria, *continuação*).

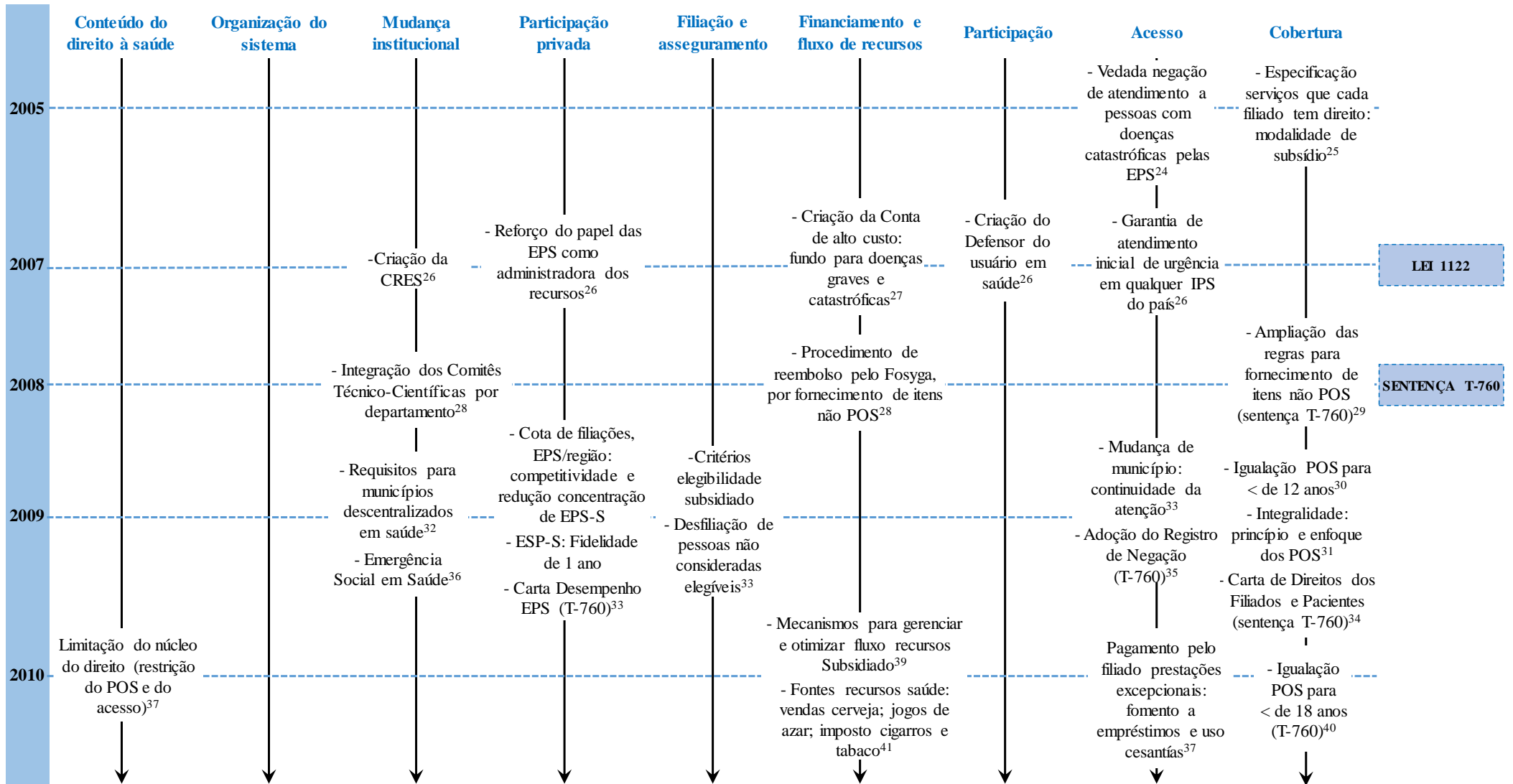


Figura 11 - Marco histórico-legal do SGSSS segundo os principais componentes do sistema, Colômbia, 1990-2020 (elaboração própria, continuação).

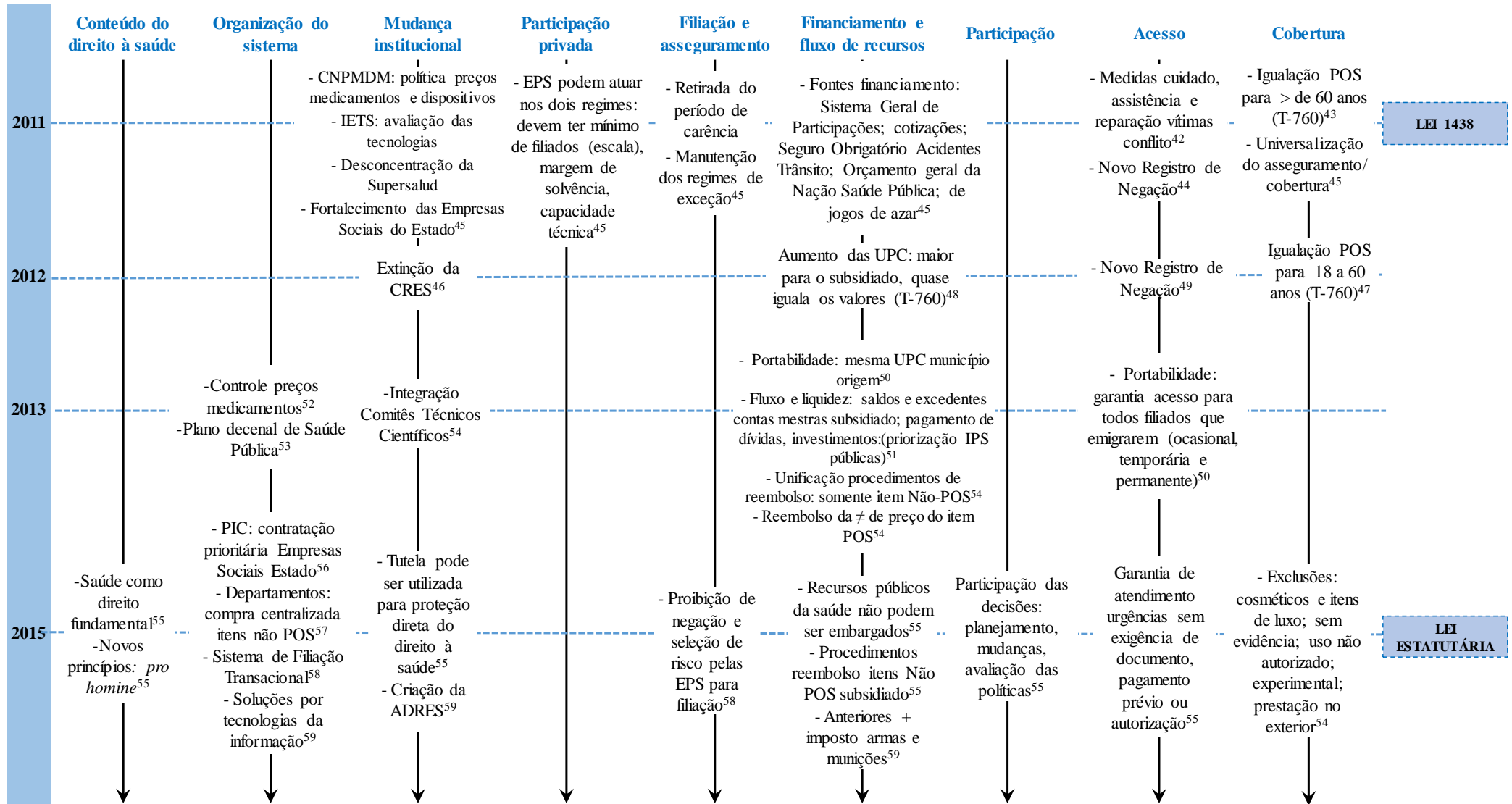


Figura 11 - Marco histórico-legal do SGSSS segundo os principais componentes do sistema, Colômbia, 1990-2020 (elaboração própria, *continuação*).

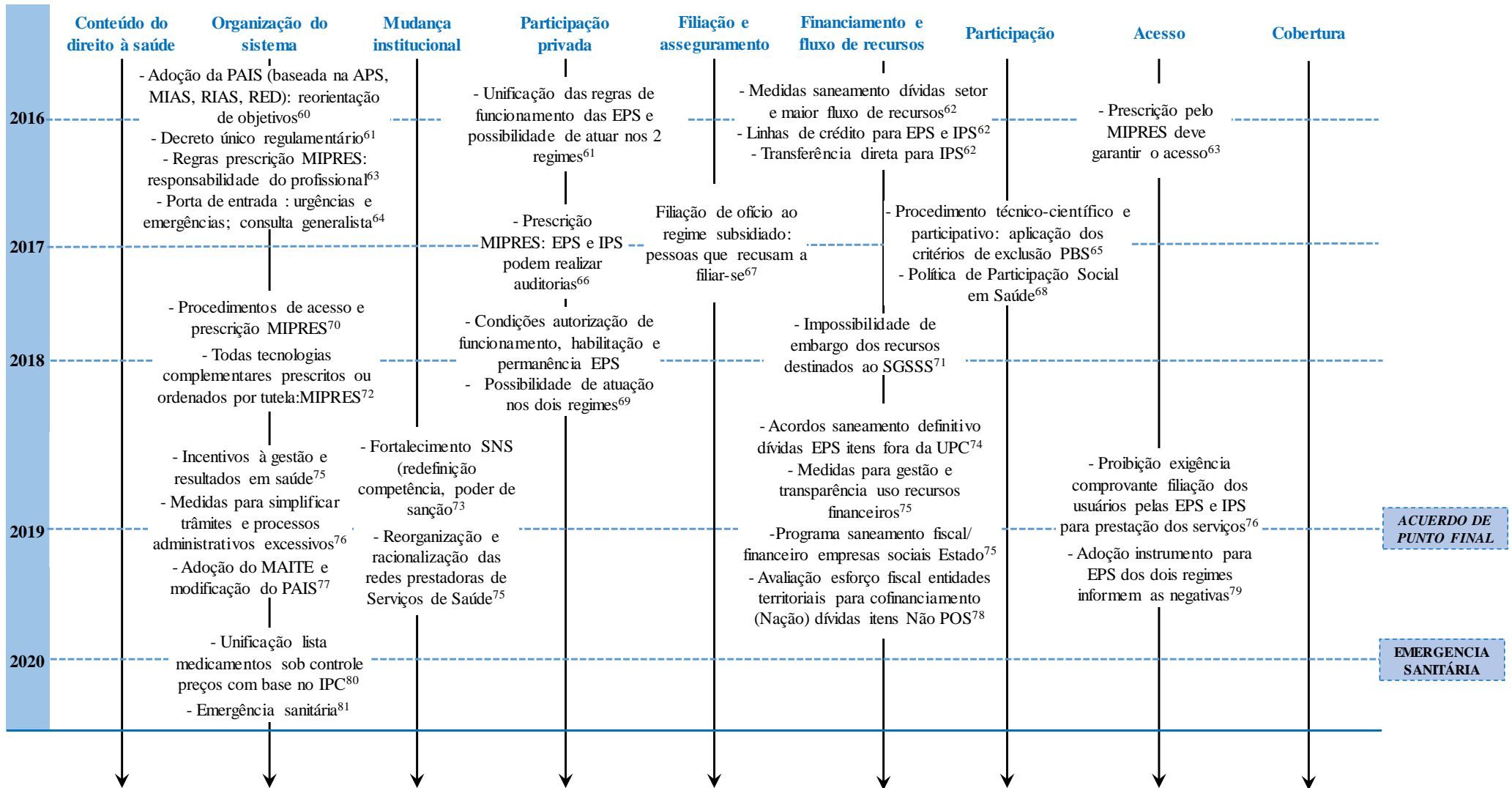


Figura 11 - Marco histórico-legal do SGSSS segundo os principais componentes do sistema, Colômbia, 1990-2020 (elaboração própria, *continuação*).

O Decreto 806 de 1998 teve a finalidade de regulamentar a Seguridade Social em Saúde como um serviço público essencial, bem como um serviço de interesse público, exercido por particulares e pelo Estado. Os tipos de planos de atenção à saúde do Sistema foram definidos, sendo abordados particularmente os planos de benefícios considerados como serviços públicos essenciais (POS; POS-S; Plano de Atenção Básica; atenção a acidentes de trânsito e catástrofes e a atenção inicial a urgências) e os chamados Planos Adicionais de Saúde (PAS), entre os quais está a Medicina Pré-Paga. Segundo o Decreto, enquanto os primeiros deveriam ser garantidos pelo Estado, os PAS poderiam ser contratados diretamente pelos usuários, que poderiam escolher qual plano utilizar no momento do atendimento. No caso do Plano de Atenção Básica, a definição dos serviços foi atribuída ao Ministério da Saúde, podendo ser gratuitos, universais e prestados diretamente pelo Estado ou por particulares contratados. O Decreto ainda definiu que em casos de multifiliação, ou seja, quando um usuário possuísse a filiação simultânea nos regimes contributivo e subsidiado, este segundo vínculo deveria ser cancelado (COLOMBIA, 1998b).

Apesar de todo o aparato legal, com criação de institucionalidades, tentativa de delimitação de competências, organização dos planos e regulação da filiação e coberturas, entre outros, não houve grandes efeitos no acesso a boa parte dos serviços e na situação de saúde da população (Figura 11). O programa de imunização, por exemplo, foi abandonado de forma progressiva pelas instituições responsáveis e não foi assumido plenamente por municípios e EPS. A taxa de vacinação foi prejudicada ainda pela falta de clareza quanto à definição de competências para desenvolvimento de ações de promoção e prevenção no âmbito do PAB e do POS (RUBIO; HERNÁNDEZ; MOYANO, 2002).

Esse momento coincide com o período de governo do ex-presidente Pastrana, o qual fomentou a privatização e a controversa “modernização do serviço público”, tendo como pano de fundo a grave crise econômica e o aumento do desemprego e da vulnerabilidade ocupacional.⁴⁹ Houve o fechamento de hospitais e demissão massiva de trabalhadores e o governo focou sua atuação ao auxílio à rede privada, que foi ainda fortalecida com a criação da *Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral*, a ACEMI (ECHEVERRY-LÓPEZ; BORRERO-RAMÍREZ, 2015, *aspas nossas*). A partir de 1999, a cobertura do subsidiado passou a ser maior que a do contributivo, dado o aumento do desemprego e informalidade, reduzindo o número pessoas que poderiam contribuir (CÁRDENAS; PEREIRA; MACHADO, 2017; VELEZ, 2016).

⁴⁹Ver figuras 3, 4 e 5 do item anterior.

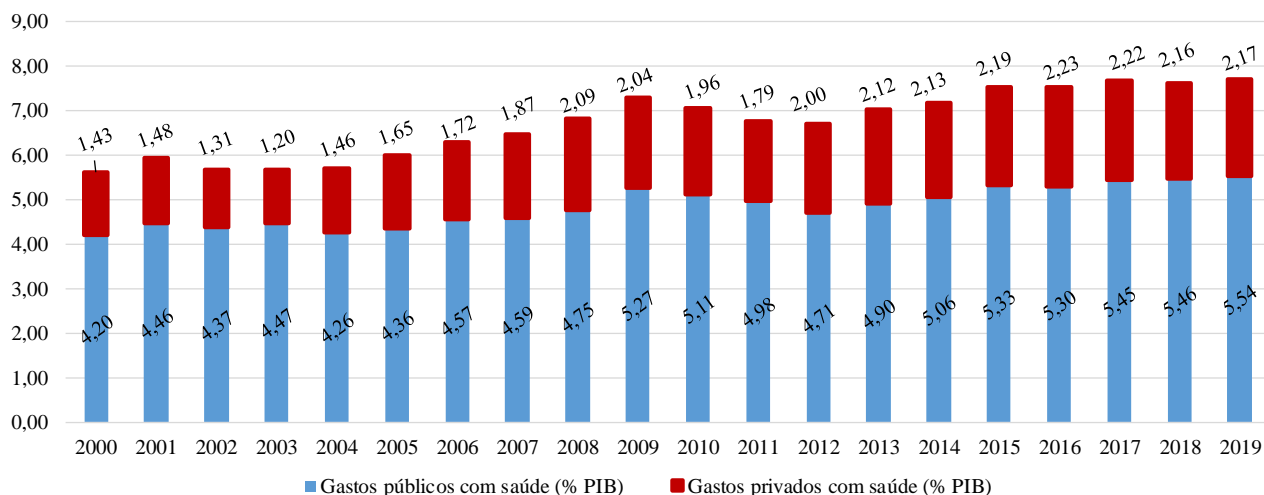
Ao mesmo tempo, foi observada a deterioração de políticas para controle de enfermidades consideradas prioritárias e, mesmo com a degradação da rede pública de hospitais e com um POS inferior, a assistência no regime subsidiado se tornou mais cara. A permanência e legitimação dos seguros privados e da Medicina Pré-Paga reforçou a fragmentação do sistema e as iniquidades geradas pelo mercado (HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, 2001). A entrada crescente do componente privado no sistema pode ser evidenciada pela análise da evolução histórica dos gastos em saúde. Apesar dos gastos públicos⁵⁰ representarem uma maior proporção em relação ao PIB que os gastos privados⁵¹ em todo o período (Gráfico 2) e dos gastos totais terem crescido mais que o PIB, foi observado um maior incremento dos gastos privados, tanto gerais, quanto *per capita* (Figura 12).

Vale destacar que a contribuição da folha salarial, que vai para as EPS, é considerada gasto público, além dos recursos que saem diretamente do tesouro para cobrirem os déficits das EPS e dos reembolsos do fornecimento de itens não POS, tanto pela via administrativa, após a análise dos Comitês Técnicos Científicos, quanto via tutelas. “Não é pequeno esse gasto. Você tem uma subida no gasto na Colômbia em geral e você tem uma subida também no gasto para subsidiar o sistema subsidiado (...). Assim, você tem, em todos os sentidos, um aumento do gasto público na Colômbia” (Participante 5).

Além disso, mesmo com o significativo aumento dos gastos em saúde, grande parte dos recursos foi absorvida por gastos administrativos e de transação (HOMEDES; UGALDE, 2011). O aumento dos gastos ainda pode ser considerado “inercial”, ou seja, não acompanhou as necessidades sociais e o crescimento da população. Entre 1973 e 1999, foi observado que o volume de gastos sociais cresceu 7,62 vezes em termos reais, mas ao se isolar o componente demográfico e o aumento do PIB, o aumento foi somente de 2,5 vezes (BETANCOURT, 2002, p.48, aspas do autor). A partir de 2000, a mesma tendência permaneceu, já que em todo o período o aumento geral dos gastos em saúde ultrapassou o incremento dos gastos *per capita*, tanto públicos, quanto privados (Figura 12).

⁵⁰Magnitude do gasto público em bens e serviços de saúde, expresso em porcentagem do PIB (Pan American Health Organization (PAHO). Health Information Plataform for the Americas (PLISA). Disponível em: <<https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos#definiciones>>. Acesso em: 24 nov 2022.

⁵¹Magnitude do gasto privado em bens e serviços de assistência hospitalar, expresso em porcentagem do PIB (Pan American Health Organization (PAHO). Health Information Plataform for the Americas (PLISA). Disponível em: <<https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos#definiciones>>. Acesso em: 24 nov 2022.



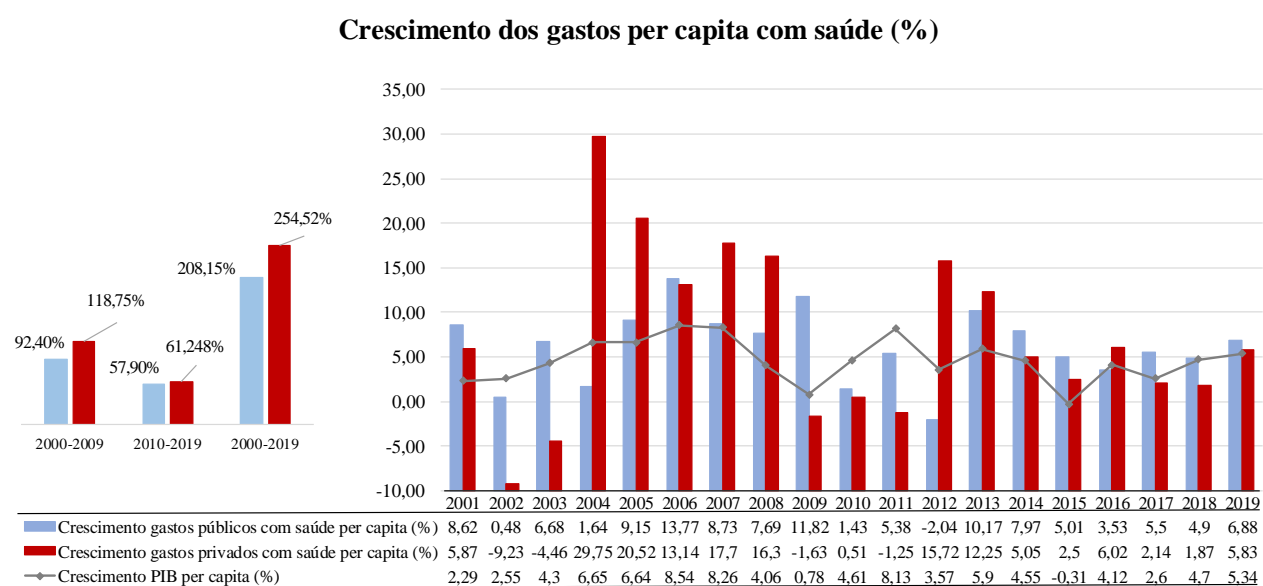
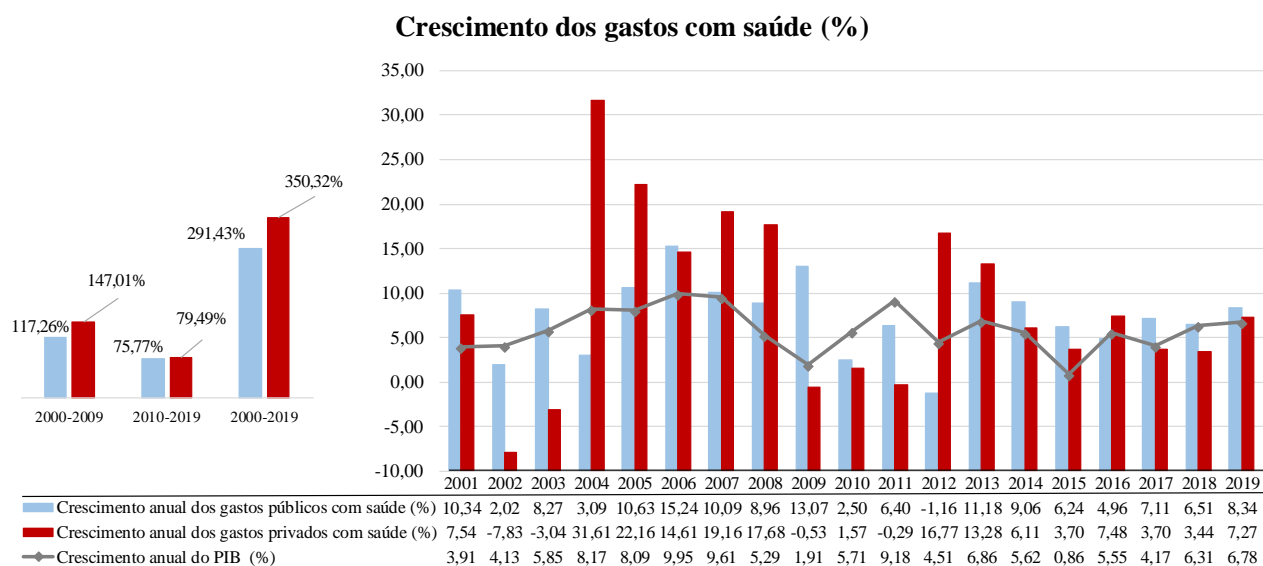
Fonte: Pan American Health Organization (PAHO), 2022 (elaboração própria). Dados completos no Apêndice 6. Dados disponíveis somente a partir do ano 2000.

Gráfico 2 - Proporção de gastos públicos e privados em saúde por ano, Colômbia, 2000-2019.

Pode-se falar também em “inércia” orçamentária, pois não havia, até 1999, uma avaliação efetiva da qualidade dos gastos, somando-se à realização de ações desagregadas do ponto de vista funcional e territorial. Destacam-se os excessivos trâmites burocráticos e obrigações administrativas dos gestores centrais, que encareciam os custos de transação e obrigavam os gestores regionais e locais a mudarem seu planejamento e recorrerem cada vez mais a prestadores privados (BETANCOURT, 2002, p.53, aspas do autor).

Outra questão acerca dos gastos em saúde é a diferença entre o gasto *per capita* dos regimes contributivo e subsidiado. Entre 1995 e 2013, a média de gastos *per capita* do subsidiado correspondia a apenas 33% do contributivo, revelando a desigualdade entre os regimes quanto à UPC e à cobertura dos POS (CÁRDENAS; PEREIRA; MACHADO, 2017). Paralelamente, embora ambas as UPC tenham aumentado seu valor nominal, a partir da correção pelo Índice de Preços ao Consumidor (IPC), observa-se uma redução real do gasto *per capita*. Mesmo com essa defasagem do valor *per capita*, as EPS sempre mantiveram uma excelente margem de recursos operacionais, com rentabilidade e aumento de seu patrimônio (RESTREPO; MEJÍA, 2007). Uma estratégia comum utilizada pelas Entidades para economia de custos e aumento dos lucros era a negação de atendimentos e itens incluídos no POS, além de realizarem multifiliações e até mesmo compensação de pessoas falecidas (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2004; RUBIO; HERNÁNDEZ; MOYANO, 2002).

O problema é que as grandes seguradoras, tanto internacionais, quanto nacionais, encontraram nesse nicho de transferência de recursos públicos para seus cofres, para fazer disso uma utilidade, um negócio muito rentável. E já aprenderam a fazer integração vertical, ou seja, têm seus próprios prestadores para diminuir os custos e ter mais utilidade, ou transferir os recursos públicos aos seus prestadores. Ou seja, toda uma série de mecanismos para trazer, sobretudo, rentabilidade aos seus negócios (Participante 9, tradução nossa).



Fonte: Pan American Health Organization (PAHO), 2022 (elaboração e cálculos próprios). Crescimento calculado a partir dos valores correntes dos gastos, corrigidos pela PPC.

Dados completos no Apêndice 6. Dados disponíveis somente a partir do ano 2000.

Figura 12 - Gráficos da evolução histórica do crescimento anual dos gastos em saúde, em comparação ao crescimento do PIB, Colômbia, 2001-2019.

No período de 1999 a 2005, a maior parte das negociações de cirurgias, tratamentos, procedimentos, próteses/órteses e exames diagnósticos era de serviços incluídos nos POS e/ou adequados às exigências de carência e prazos de cotização (DEFENSORÍA DEL PUEBLO,

2004; 2007). Nesse sentido, os gastos em saúde aumentaram, mas a cobertura ainda era de 50% e houve a deterioração dos programas de saúde pública, ou seja, o esforço para melhorar a eficiência do novo modelo não se traduziu em maiores níveis de atenção à saúde (GÓMEZ-CAMELO, 2005; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, 2001; RUBIO; HERNÁNDEZ; MOYANO, 2002). Pelo contrário, as diversas formas de intermediação favoreceram ainda mais a lucratividade das EPS, encareceram os serviços e afetaram sua qualidade (ALDANA, 2013).

Diante desse cenário e em resposta à crise hospitalar e às medidas voltadas para o mercado realizadas pelo governo Pastrana, em 1997 foi iniciado um ciclo de protestos que se estendeu até 2002 (ECHEVERRY-LÓPEZ; BORRERO-RAMÍREZ, 2015). Uma das primeiras medidas do governo para tentar recuperar os prestadores públicos foi a publicação da Lei 715 de 2001 (Figura 11), a qual estabeleceu uma porcentagem mínima de 40% da UPC que deveria ser destinada à contratação de IPS públicas pelas EPS do Regime Subsidiado. No caso de hospitais públicos, essa porcentagem deveria ser de 50% (COLOMBIA, 2001), o que deu sobrevida a esses hospitais, “porque eles estiveram ao ponto de desaparecer” (Participante 4). A Lei 715 ainda regulamentou o *Sistema General de Participaciones* (SGP), representando uma reforma da Constituição em matéria de transferência de recursos (RUBIO; HERNÁNDEZ; MOYANO, 2002). O SGP foi constituído pelos recursos transferidos pela Nação às entidades territoriais, para o financiamento dos serviços de sua competência: saúde, educação, água potável e saneamento (COLOMBIA, 2001).

Igualmente em 2001, foi realizado o 1º Congresso Nacional pelo Direito à Saúde e à Seguridade Social, evento que reuniu mais de 1500 pessoas de todo o país na Universidade Nacional da Colômbia, provenientes não só da academia, mas também de sindicatos, movimentos indígenas e de mulheres, entre outros. Um avanço trazido pelo Congresso foi a incorporação da discussão dos Direitos Humanos ao movimento da saúde. Apesar de observarem a decadência das condições de vida da população, particularmente privada de liberdade, os sanitaristas ainda não tinham clara a noção de saúde como um direito humano fundamental (Participante 12).

A plataforma colombiana de Direitos Humanos, Democracia e Desenvolvimento⁵² já havia declarado no ano 2000 que iria trabalhar pelo direito à saúde, o que atraiu um renomado sanitarista para a discussão, acontecendo, assim, o encontro entre os defensores dos direitos humanos e os defensores da saúde, em um diálogo interdisciplinar. Naquele momento,

⁵²A *Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo* é uma rede autônoma de mais de 100 organizações sociais, comunitárias e ONGs do país, que promove “pactuações entre essas organizações em torno de ações para um modelo de desenvolvimento baseado na democracia e na promoção e respeito integral dos direitos humanos” (Mais informações em: <https://ddhhcolombia.org.co/>).

começou uma mudança no discurso dos atores envolvidos na luta pela saúde, como Organizações Não Governamentais (ONGs) e profissionais que, apesar de lenta, significou “algo sem volta na nossa sociedade: de que a saúde é um direito humano fundamental” (Participante 12).

O que nos ensinam os defensores de direitos humanos é que o direito à saúde é um direito humano. E eu não sei se isso é um giro muito importante nessa luta, porque nós vínhamos destacando a saúde pública, os hospitais em crise, as pessoas não sendo atendidas... E são os ativistas de direitos humanos que instalam no setor saúde, nos ativistas do setor saúde, essa coisa que a saúde é um direito com múltiplas implicações (Participante 12, tradução nossa).

Entre 2002 e 2005, o CNSSS emitiu diversos acordos que trataram de pontos específicos do Sistema, na tentativa de cobrir vazios regulatórios e/ou direcionar a aplicação de outras normas (Figura 11). O Acordo 244 de 2003, por exemplo, buscou definir a forma e as condições de funcionamento do Regime Subsidiado, bem como os critérios para identificar, selecionar e priorizar os potenciais beneficiários. Em 2004, o Acordo 260 estabeleceu regras para incidência de copagamentos e cotas moderadoras, as quais não deveriam significar barreira de acesso e não deveriam ser aplicadas simultaneamente. O Acordo 306, por sua vez, teve como principal função a especificação dos serviços a que cada tipo de filiado do regime subsidiado teria direito, de acordo com a modalidade de subsídio, total ou parcial (COLOMBIA, 2003b; 2004; 2005a).

Nesse período, destaca-se o Acordo 228 de 2002, que permitiu o ressarcimento às EPS, diretamente pelo FOSYGA, do fornecimento de medicamentos não POS, mediante avaliação do Comitê Técnico Científico da entidade (COLOMBIA, 2002a). Apesar do ressarcimento se referir somente à diferença do valor do medicamento fornecido e o preço do medicamento POS substituído, esse mecanismo de ressarcimento foi utilizado por algumas EPS como forma adicional de obtenção de lucratividade.

Ainda em 2002, foram publicados os Decretos 1703 e 2400, os quais trouxeram medidas para promover e controlar a filiação e o pagamento das taxas no SGSSS, sendo que a inadimplência na contribuição por três meses poderia ser considerada causa de desfiliação do usuário pelas EPS (COLOMBIA, 2002b; 2002c). A *Defensoría del Pueblo*, ressaltou que para a desfiliação, entretanto, a EPS deveria obedecer a todos os procedimentos exigidos e não poderia haver interrupção de nenhum tratamento (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2012). O condicionamento da cobertura e acesso ao pagamento da contribuição são mais evidências da “concepção de saúde como bem de consumo”, afastada da ideia de direito (CÁRDENAS; PEREIRA; MACHADO, 2017, p.8).

O Decreto 1703, especificamente, estabeleceu que se o/a cônjuge de um filiado a um regime de exceção apresentasse um vínculo que o obrigasse a contribuir para o SGSSS, o empregador deveria transferir o recurso diretamente ao FOSYGA, para cobertura das indenizações ou prestações econômicas, quando fosse o caso. A assistência à saúde, no entanto, deveria ser realizada, exclusivamente, pelo regime de exceção (COLOMBIA, 2002b). Essa situação foi relatada pela Participante 4 enquanto usuária do sistema, uma vez que é professora universitária e também pesquisadora de uma ONG, sendo obrigada a cotizar no Unisalud e no regime contributivo. A entrevistada, contudo, afirmou que apesar de compreender o funcionamento do sistema, não conseguiu obter informações sobre o destino de sua contribuição ao regime geral.

O ano de 2002 também marcou o início do governo Uribe, além do início de novo ciclo de protestos que fez frente às políticas de privatização e de alinhamento ao Tratado de Livre Comércio assinado com os EUA; à redução de recursos para políticas sociais e às barreiras de acesso à saúde (ECHEVERRY-LÓPEZ; BORRERO-RAMÍREZ, 2015). Esse movimento reuniu, pela primeira vez, o movimento sindical, os usuários, os trabalhadores da saúde e sanitaristas em defesa dos hospitais públicos, culminando com a discussão da Lei 1122 de 2007 (Participante 12), que representou a primeira reforma do SGSSS.

A referida lei previu modificações no sistema, com vistas a melhorar a prestação dos serviços, a partir de ajustes na gestão, financiamento, vigilância, entre outros, mas com manutenção do asseguramento, da segmentação e de barreiras de acesso, somada ao reforço do papel das EPS como administradoras dos recursos. A Lei foi implementada por Uribe em meio à deterioração dos indicadores de saúde e a uma insatisfação geral em relação ao sistema e sua cobertura.⁵³ Até a publicação da sua versão final, houve um debate legislativo de diversos projetos apresentados pelos sindicatos e pelo partido de oposição, os quais propunham uma reforma estrutural do SGSSS que trazia o direito à saúde como direito fundamental, concepção que foi derrotada pela proposta governamental (COLOMBIA, 2007a; ECHEVERRY-LÓPEZ; BORRERO-RAMÍREZ, 2015; VELEZ, 2016). O partido de oposição, Polo Democrático Alternativo, começou a levar, desde 2004, as propostas dos movimentos sociais para a discussão legislativa, fazendo uma “contenda contenciosa”, ou seja, na qual se utilizaram os canais institucionais (Participante 12).

Uma das principais medidas da reforma foi a criação da *Comisión de Regulación en Salud* (CRES), a qual permaneceu vinculada ao Ministério de Proteção Social e assumiu as

⁵³Em 2006, somente 82% da população estava inserida no SGSSS, embora à época da reforma ter sido estabelecido que a unificação das coberturas ocorreria até 2001 (FUHRMANN, 2016).

funções do CNSSS,⁵⁴ tais como a definição do POS, da UPC e das cotas moderadoras e a revisão da lista de medicamentos essenciais e genéricos. A Comissão foi munida de maior autonomia e independência em relação ao Conselho, com orçamento próprio, e alteração da sua composição (COLOMBIA, 2007a; RESTREPO; MEJÍA, 2007).⁵⁵

A Lei ainda apresentou os componentes do asseguramento, sendo o primeiro, a gestão do risco financeiro, seguido da gestão do risco em saúde, articulação dos serviços para garantia de acesso, garantia de qualidade na prestação dos serviços e representação dos filiados diante do prestador, com as EPS responsáveis pelo cumprimento dessas funções, de forma indelegável. Importante ressaltar que, no âmbito do asseguramento, foi definido que as decisões referentes ao regime contributivo deveriam considerar o equilíbrio financeiro, tendo em vista as projeções de sustentabilidade em médio e longo prazos (COLOMBIA, 2007a). Em outras palavras, a proteção ao risco financeiro das seguradoras e o reforço do seu papel de intermediária e gestora dos recursos do sistema, foram reforçados.

Um dos únicos avanços em relação à responsabilização das EPS, foi o estabelecimento de regras mais rigorosas para se minimizar abusos na solicitação dos reembolsos. As Entidades teriam que arcar com metade dos custos de medicamentos de alto custo não-POS, ou seja, o FOSYGA só reembolsaria 50% do valor, quando não houvesse a consulta prévia ao Comitê Técnico-Científico após a solicitação desses medicamentos via tutela, ou quando fosse prescrito pelo médico de referência vinculado à EPS. Outra questão foi o estabelecimento de regras mais claras para o pagamento das IPS pelas EPS, para se reduzir a inadimplência das administradoras e proteger os prestadores (COLOMBIA, 2007a). De acordo com Velez (2016), a fim de receber dividendos de investimentos e aumentar seu patrimônio, tornou-se uma prática comum por parte das EPS o não pagamento dos prestadores, mesmo recebendo o adiantamento de uma parte da UPC. Ressalta-se que algumas das EPS com as maiores dívidas estavam entre as 100 maiores do país (VELEZ, 2016).

Além disso, foi vedado às EPS contratar suas próprias IPS (integração vertical EPS-IPS) por mais que 30% do valor dos seus gastos em saúde. Essa regra foi firmada para se tentar evitar “abuso de posição dominante ou conflito de interesse” (COLOMBIA, 2007a). Na verdade, a integração vertical ou o chamado “eu comigo” não gera economia para o sistema, mas somente para as EPS, além de contradizer o argumento da competência baseada no

⁵⁴Desde 2006, estava em curso debates para reformulação do CNSSS devido aos problemas de acesso às informações e nas tomadas de decisão, com participação marginal dos usuários e trabalhadores. Por fim, a ideia de reforma do Conselho foi abandonada e a nova institucionalidade foi criada (MARTÍNEZ, 2015).

⁵⁵Composição da CRES, segundo a Lei 1122: Ministro de Proteção Social; Ministro da Fazenda e Crédito Público e cinco experts provenientes de universidades, centros de pesquisa em saúde e em economia da saúde, associações profissionais e de usuários (COLOMBIA, 2007a).

mercado e no princípio da livre escolha (VELEZ, 2016, não paginado). Paralelamente, as EPS do regime subsidiado foram obrigadas a contratar, no mínimo, 60% de seus gastos com Empresas Sociais do Estado (COLOMBIA, 2007a). Tais medidas, entretanto, não foram suficientes para ampliação da cobertura e do acesso da população ao sistema, muito menos da aproximação da ideia de direito. “E o quê que avança? Nada! Nada, nada, nada! Isso não mudou nada, não significou nada, não fez nada” (Participante 12, tradução nossa).

A partir de 2008, grande parte dos instrumentos legais foi publicada em resposta à Sentença T-760 emitida pela Corte Constitucional (Figura 11), a qual se constitui um dos principais marcos do SGSSS desde a Lei 100 de 1993.⁵⁶

"(...) nunca tínhamos ganhado a contenda, uma vez que não tínhamos força nem nas ruas, nem no legislativo para ganha-la, e a coisa seguiu igual, mas, em 2008, a Corte Constitucional faz uma contribuição superimportante, que é, ao revisar 22 ações de tutela, faz uma sentença, libera a sentença T-760, que é a sentença que, pela primeira vez, define que a saúde é um direito fundamental autônomo neste país (Participante 12, tradução nossa).

Após a publicação da Sentença, foi iniciada uma ampla discussão acerca das ordens emitidas pela Corte Constitucional, como a equiparação dos POS e da UPC, a garantia de pagamento dos prestadores, a universalização da cobertura etc. Para tanto, foi criada uma mesa de seguimento da Sentença, cujos integrantes foram muitos atores de movimentos sociais, organizações da sociedade civil, ONGs, entre outros. Nesse momento, precisamente em 2009, duas associações médicas - a Federação Médica Colombiana e a Associação Nacional de Internos Residentes - ganharam força, sendo a primeira vez que os médicos participaram dos debates (Participante 12).

Em cumprimento à 21ª recomendação da Sentença, quanto à unificação dos planos de benefícios para as crianças até a data de 1º de outubro de 2009, a CRES emitiu o acordo 04, realizando a unificação para crianças de até 12 anos (COLOMBIA, 2009a). Ainda em 2009, a Resolução 3173, em cumprimento à ordem nº 19 da Sentença T-760, adotou o Registro de Negação de Serviços e Medicamentos, o qual deveria ser preenchido pelas EPS e demais entidades dos regimes contributivo e subsidiado e então enviado ao Ministério de Proteção Social (COLOMBIA, 2009b).

Apesar da emissão da Lei 1122 e da Sentença T-760, as irregularidades nos reembolsos e o não pagamento sistemático das IPS por parte das EPS permaneceram. Em

⁵⁶A Sentença T-760 será analisada com maior profundidade no próximo item.

2009, foi deflagrada a crise dos reembolsos (*recobros*),⁵⁷ sendo decretada emergência social pelo presidente Uribe (Decreto Legislativo nº 4975),⁵⁸ sob o pretexto de que o sistema estaria falido devido aos reembolsos realizados pelo FOSYGA às EPS, referentes a serviços e tecnologias “não POS”, demandados via tutelas (VELEZ, 2016). O Decreto ainda trouxe como justificativa para o estado de emergência, as dívidas das EPS para com as IPS, além da insuficiência de recursos para atender às demandas por serviços de saúde no SGSSS, o que ameaçaria a efetivação do direito fundamental à saúde no país (COLOMBIA, 2009c).

A declaração de emergência, entretanto, revelou-se uma tentativa de proteger os interesses das seguradoras - após a reforma frustrada de 2007 - diante das recomendações emitidas pela Corte Constitucional (ECHEVERRY-LÓPEZ; BORRERO-RAMÍREZ, 2015). Paralelamente, especialistas apontaram a inconformidade do decreto, uma vez que as justificativas apresentadas não remetiam a circunstâncias extraordinárias ou graves ameaças à estabilidade nacional. Em outras palavras, as motivações para a emergência se referiam a questões crônicas e estruturais do SGSSS, que já haviam sido evidenciadas pela Corte Constitucional e pelo próprio Executivo e que poderiam ser resolvidas por meio de atos ordinários do governo e de políticas públicas (COCK; BARCO, 2010).

Os autores também ressaltaram a inconstitucionalidade dos decretos 128, 131 e 132 de 2010, emitidos durante a vigência da emergência social, os quais implementaram mudanças significativas e permanentes no sistema sem observar o debate legislativo e o princípio da participação democrática. Entre as mudanças, podem-se citar a limitação do núcleo do direito à saúde, a partir da restrição do POS e do acesso aos serviços; a reformulação do fluxo de recursos dos regimes e das funções das entidades que realizavam seu controle; a previsão de sanções pecuniárias aos médicos e dentistas que prescrevessem, sem uma justificativa considerada válida, medicamentos e tratamentos fora dos POS e dos protocolos e o estabelecimento de novas regras para copagamentos e custeio de itens não incluídos nos planos. Além das cotizações, os filiados deveriam arcar tais tratamentos com recursos próprios ou mesmo com a utilização de empréstimos bancários e do saldo das *Cesantías*, uma

⁵⁷Em 2009 também foi descoberto um esquema de um grupo de seguradoras que negavam itens do POS, alegando não serem incluídos, para realizarem as cobranças das prestações, muitas vezes, em preço superfaturado. Outros casos de corrupção envolvendo as EPS referiram-se a peculato, enriquecimento ilícito, contratos indevidos e filiação de pessoas falecidas (investigados pela *Fiscalía General de la Nación*); descumprimentos de ordens judiciais quanto ao pagamento das IPS, omissões, cobranças indevidas ao FOSYGA e casos de multifiliação (investigados pela *Procuraduría General*) e apropriação de recursos públicos pelas EPS, investigada pela *Contraloría General de la República* (VELEZ, 2016).

⁵⁸O estado de emergência social é um tipo de estado de exceção previsto na Constituição de 1991 (Art.215), cujo prazo é de 30 dias, podendo ser renovado por até 90 dias (COCK; BARCO, 2010).

espécie de seguro desemprego à qual os trabalhadores formais têm direito (COCK; BARCO, 2010; COLOMBIA, 2010b; 2010c; 2010d).

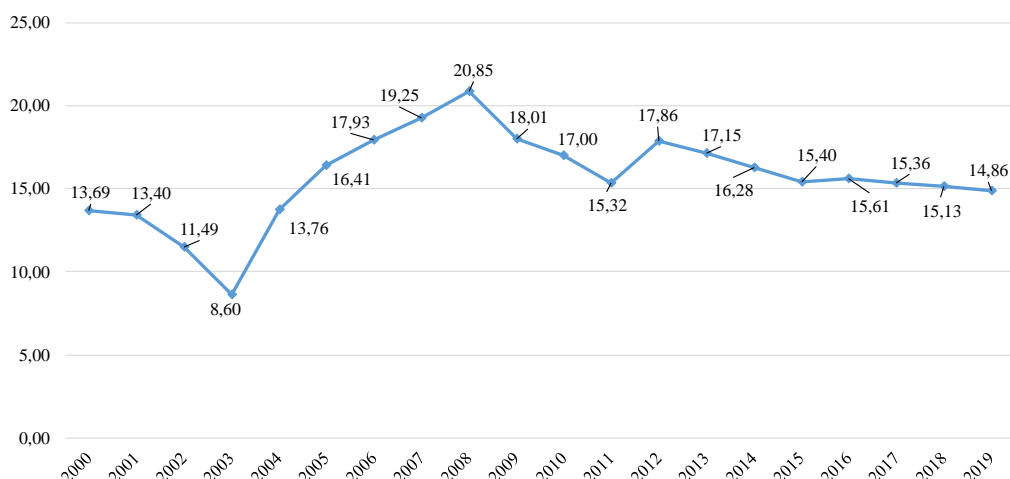
A declaração de emergência social com o propósito de solucionar os problemas do Sistema, na verdade, foi considerada a causa de seu aprofundamento, com consequências regressivas para a cobertura e acesso aos serviços (MORENO, 2010). Diante da pressão da mesa de seguimento da Sentença T-760, de especialistas e de movimentos sociais por todo o país, os decretos relacionados à emergência social foram considerados inexecutáveis pela Corte Constitucional em abril de 2010 (Participante 12), com as sentenças C-252; C-258; C-289 e C-374.

A perda de autonomia médica foi muito criticada nesse período, principalmente diante da responsabilização e punição da categoria pela prescrição de itens não incluídos nos POS. Ademais, sob o argumento de que não era possível cumprir as determinações da Sentença, pois os gastos em saúde não seriam suficientes para a equiparação dos planos, a emergência significou para as pessoas o pagamento do próprio bolso pelos serviços, por meio de créditos e hipotecas de suas casas (Participante 12). Apesar dessa situação, proporcionalmente aos gastos totais em saúde, os gastos do próprio bolso com saúde⁵⁹ não aumentaram com a emergência social. Tais gastos haviam atingido o pico em 2008, ano de emissão da Sentença T-760, com queda a partir de 2009 e nova elevação em 2012. Em termos nominais, os valores correntes (PPC) dos gastos do próprio bolso cresceram durante todo o período (Gráfico 3).

Ao mesmo tempo, o risco de gastos catastróficos por atenção cirúrgica⁶⁰ também atingiu seu maior valor em 2008, com tendência à queda desde então (Gráfico 4). Esses resultados indicam que a Sentença T-760 representa um momento decisivo para a análise dos gastos em saúde e para o SGSSS. Dado o aumento progressivo das duas medidas até 2008, é provável que a Sentença tenha sido emitida quando os níveis de cobertura e acesso aos serviços tenham atingido níveis críticos, o que obrigava as pessoas a gastarem diretamente com os cuidados e até mesmo se endividarem.

⁵⁹Gasto do próprio bolso com saúde (% gasto total em saúde). Incluem-se os gastos realizados no momento em que a pessoa ou família se beneficia de um serviço de saúde. Fonte: Pan American Health Organization (PAHO). Health Information Platform for the Americas (PLISA). Disponível em: <<https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos#definiciones>>. Acesso em: 24 nov 2022.

⁶⁰Risco de gastos catastróficos por atenção cirúrgica (% de pessoas em risco). Refere-se à proporção da população em risco de sofrerem gastos catastróficos quando um procedimento cirúrgico é necessário. São considerados gastos catastróficos aqueles que ultrapassam 10% da renda de uma pessoa ou família. Fonte: The World Bank. Health: Risk factors. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicador/SH.SGR.CRSK.ZS?locations=BR-CO&view=chart>>. Acesso em: 02 nov. 2021.



Fonte: Pan American Health Organization (PAHO), 2022 (elaboração e cálculos próprios).
Dados completos no Apêndice 6. Dados disponíveis somente a partir do ano 2000.

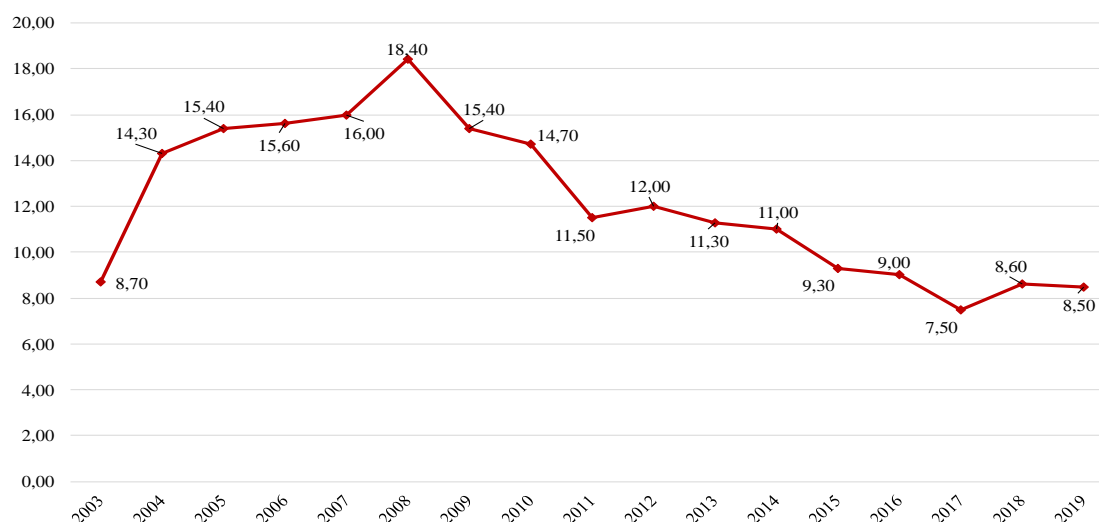
Gráfico 3 - Evolução histórica dos gastos do próprio bolso com saúde (% do gasto total em saúde), por ano, Colômbia, 2000-2019.

Para Moreno (2010), a introdução no sistema da ideia de custo-efetividade associada à capacidade socioeconômica dos usuários para o acesso a serviços de média e alta complexidade contraria a visão de um seguro que visa proteger financeiramente as pessoas em momentos de enfermidades catastróficas. Nessa época, as pessoas que mais sofreram com essa lógica foram os vinculados, pois tratavam-se da população pobre não filiada, que não tinha um plano definido e acabava tendo que recorrer à compra direta de serviços (MORENO, 2010). Há evidências de que o gasto do próprio bolso e o gasto catastrófico em saúde estejam relacionados a variáveis socioeconômicas e demográficas da população. No estudo de Alvis-Zakzuk, Arrugo-Arnedo e Alvis-Zakzuk *et al.* (2018), por exemplo, a análise de lares de Cartagena das Índias revelou que famílias com menores níveis socioeconômicos destinam uma maior proporção de sua renda a gastos com saúde. Além disso, foi encontrada uma associação inversa entre o gasto do próprio bolso e o extrato socioeconômico das famílias (ALVIS-ZAKZUK; ARRUGO-ARNEDO; ALVIS-ZAKZUK *et al.*, 2018).

No presente estudo, o risco de gastos catastróficos por atenção cirúrgica se mostrou inversamente correlacionado aos gastos públicos e privados com saúde, aos indicadores econômicos (PIB, PIB *per capita*, PNB e PNB *per capita*), ao percentual de população urbana, ao IDH e à expectativa de vida ao nascer. Ao mesmo tempo, o indicador apresentou correlação positiva com os gastos do próprio bolso com saúde, com a taxa de desemprego, com o Índice de Gini, com a razão de mortalidade materna,⁶¹ com a taxa de mortalidade

⁶¹Razão de Mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos). Refere-se ao número de óbitos femininos, ocorridos até 42 dias após o término da gravidez, por causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, pelo

infantil, com a taxa de mortalidade em menores de cinco anos e com a taxa de mortalidade neonatal⁶² (Tabela 4).



Fonte: Pan American Health Organization (PAHO), 2021 (elaboração e cálculos próprios).
Dados completos no Apêndice 6. Dados disponíveis somente a partir do ano 2003.

Gráfico 4 - Evolução histórica do risco de gastos catastróficos por atenção cirúrgica (% de pessoas em risco), por ano, Colômbia, 2003-2019.

A correlação inversa com os gastos públicos revela que o investimento público parece estar relacionado à proteção das pessoas contra gastos catastróficos, principalmente tendo em vista que, ao contrário, o desembolso direto parece favorecer esse risco. Ressalta-se ainda a correlação positiva dos indicadores relacionados à desigualdade, às condições de vida e à assistência à saúde com o risco de gastos catastróficos por atenção cirúrgica. Esses resultados evidenciam - mais do que a necessidade de se ampliar a cobertura do sistema e se efetivar o acesso aos serviços em todas as partes do país - o quanto as questões estruturais determinam a realização do direito à saúde e vice-versa. Além disso, o fato dos gastos catastróficos também terem se correlacionado negativamente ao aumento dos gastos privados reforça seu vínculo

total de nascidos vivos. Taxas elevadas estão associadas à má prestação de serviços de saúde a esse grupo no planejamento familiar, pré-natal, parto e/ou puerpério (BRASIL, 2022b). Fonte: Pan American Health Organization (PAHO). Health Information Platform for the Americas (PLISA). Disponível em: <<https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

⁶²Taxa de mortalidade neonatal (por 1.000 nascidos vivos). Corresponde ao número de óbitos de recém-nascidos, entre 0 a 27 dias, por mil nascidos vivos. Esse indicador está relacionado em grande parte a questões evitáveis associadas aos serviços de saúde, atenção pré-natal, parto e puerpério (BERNARDINO; GONÇALVES; PEREIRA *et al.*, 2022). Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Child Mortality Estimates. Disponível em: <<https://data.unicef.org/topic/child-survival/neonatal-mortality/>>. Acesso em: 01 nov. 2021.

com a desigualdade, ou seja, pessoas e famílias que podem arcar com planos ou seguros privados, como os de Medicina Pré-Paga, por exemplo, estariam mais protegidas (Tabela 4).

Nesse cenário, após a revogação da emergência social, a ação coletiva pela saúde, realizada pelos movimentos sociais e sociedade civil, foi intensificada e um novo debate legislativo sobre a reforma do sistema começou a ganhar forma (BORRERO-RAMÍREZ; ECHEVERRY-LÓPEZ, 2014). Ao longo da contenda, algumas recomendações da Corte Constitucional continuaram a ser implementadas (Figura 11), como a equiparação dos planos por faixas etárias, com o Acordo 011 de 2010 emitido pela CRES, o qual unificou o POS para menores de 18 anos (COLOMBIA, 2010e).

Logo no início de 2011, o governo publicou a Lei 1438, vencendo os dois projetos apresentados pelos atores subalternos. O primeiro seria de uma lei estatutária como a mais adequada para se assegurar constitucionalmente o direito fundamental à saúde e, o outro, de uma lei ordinária. Apesar da pressão popular, o presidente Santos conseguiu aprovar a proposta de reforma do governo, tendo como argumento estar se adequando às recomendações da Corte Constitucional (Participante 12). A Lei 1438 foi a segunda reforma parcial do SGSS e buscou trazer os parâmetros para possibilitar a unificação do POS, o qual passou a ser chamado de Plano de Benefícios de Saúde (PBS), com a previsão de criação de mecanismos financeiros para a unificação da administração dos recursos dos dois regimes (COLOMBIA, 2011b).

O instrumento modificou a Lei 100 de 1993 e acrescentou o princípio do enfoque diferencial, em que as diferenças de idade, gênero, raça, etnia, entre outras, seriam consideradas para reduzir a discriminação. Paralelamente, a equidade apareceu como o princípio que visaria garantir o acesso ao PBS pelos filiados, independentemente de sua capacidade de pagamento. A Atenção Primária à Saúde (APS) foi definida como a estratégia capaz de se garantir a melhor gestão do sistema de saúde e como sendo o *locus* das ações de promoção e prevenção (COLOMBIA, 2011b).

Paralelamente, foram estabelecidos um programa de fortalecimento das Empresas Sociais do Estado, a criação de Equipes Básicas de Saúde pelos entes territoriais e a obrigatoriedade de atualização do PBS a cada dois anos. Quanto ao asseguramento, foi determinada a universalização da cobertura do SGSSS, com manutenção dos regimes especiais; extinto o período de carência para novas filiações e garantida a portabilidade ou prestação de benefícios em qualquer parte do país. Para as EPS, foi permitida a atuação nos dois regimes, mediante a manutenção de um número mínimo de filiados para se garantir escala, margem de solvência e capacidade técnica (COLOMBIA, 2011b).

Tabela 4 - Caracterização estatística e correlação entre o risco de gastos catastróficos por atenção cirúrgica e demais indicadores de gastos em saúde, indicadores econômicos, sociais, laborais e de mortalidade, Colômbia, 2003-2019.

Caracterização estatística dos indicadores ¹								
Variáveis	\bar{x}	D.P.	Mín.	Máx.	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Normalidade ²
Risco de gastos catastróficos por atenção cirúrgica (% de pessoas em risco)	12,19	3,34	7,50	18,40	9,00	11,50	15,40	0,166
Gastos públicos com saúde (% PIB)	4,95	0,41	4,26	5,54	4,59	4,98	5,30	0,420
Gastos privados com saúde (% PIB)	1,94	0,29	1,20	2,23	1,79	2,04	2,16	0,017
Gasto do próprio bolso com saúde (% gasto total em saúde)	16,16	2,63	8,60	20,85	15,32	16,28	17,86	0,064
PIB, PPC (valores correntes \$) em bilhões	530,19	146,40	303,64	786,81	427,84	529,88	630,40	0,806
PIB <i>per capita</i> PPC (valores correntes \$)	11459,58	2536,35	7319,54	15630,08	9781,97	11604,10	13307,42	0,737
PNB PPC (valores correntes \$) em bilhões	515,10	144,08	293,27	762,20	414,86	507,22	621,48	0,744
PNB <i>per capita</i> PPC (valores correntes \$)	11131,76	2500,72	7070,00	15140,00	9490,00	11110,00	13080,00	0,675
Taxa de desemprego (% do total da força laboral)	10,54	1,77	8,30	14,19	9,05	10,11	11,53	0,202
Índice de Gini	52,95	1,78	49,70	55,30	51,30	53,50	54,60	0,152
População urbana (% da população)	78,27	1,86	75,21	81,10	76,82	78,34	79,76	0,645
Vulnerabilidade ocupacional (% total de trabalhadores)	47,03	0,87	45,90	48,48	46,18	47,03	47,66	0,180
IDH	0,729	0,030	0,669	0,767	0,711	0,733	0,756	0,253
Expectativa de vida ao nascer (anos)	73,59	1,31	71,80	77,30	72,70	73,50	74,20	0,107
Razão de Mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos)	63,64	11,38	45,30	78,70	53,70	65,90	73,10	0,052
Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos)	15,39	2,39	11,84	19,34	13,44	15,29	17,26	0,594
Taxa de mortalidade em menores de cinco anos (por 1.000 nascidos vivos)	17,97	2,86	13,75	22,75	15,62	17,82	20,20	0,582
Taxa de mortalidade neonatal (por 1.000 nascidos vivos)	9,79	1,56	7,48	12,35	8,51	9,70	11,02	0,547

Correlação ³		
Variáveis	Risco de gastos catastróficos por atenção cirúrgica (% de pessoas em risco)	
	<i>RHO/COR</i>	<i>p</i>
Gastos públicos com saúde (% PIB)	-0,584	0,014
Gastos privados com saúde (% PIB)	-0,549	0,022
Gasto do próprio bolso com saúde (% gasto total em saúde)	0,659	0,004
PIB, PPC (valores correntes \$) em bilhões	-0,671	0,003
PIB <i>per capita</i> PPC (valores correntes \$)	-0,651	0,005
PNB PPC (valores correntes \$) em bilhões	-0,677	0,003
PNB per capita PPC (valores correntes \$)	-0,658	0,004
Taxa de desemprego (% do total da força laboral)	0,489	0,046
Índice de Gini	0,884	<0,001
População urbana (% da população)	-0,660	0,004
Vulnerabilidade ocupacional (% total de trabalhadores)	-0,106	0,686
IDH	-0,573	0,016
Expectativa de vida ao nascer (anos)	-0,609	0,009
Razão de Mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos)	0,631	0,007
Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos)	0,657	0,004
Taxa de mortalidade em menores de cinco anos (por 1.000 nascidos vivos)	0,653	0,044
Taxa de mortalidade neonatal (por 1.000 nascidos vivos)	0,660	0,004

¹Cálculos realizados no pacote estatístico R-4.2.1. Dados completos nos Apêndices 4, 5 e 6.

²Teste de normalidade Shapiro-Wilk (SOARES; SIQUEIRA, 2002).

³Correlação de Spearman (*RHO*) para teste com gastos privados em saúde. Correlação de Pearson (*COR*) para cruzamentos com os demais indicadores (PAGANO; GAUVREAU, 2006).

No que se refere às mudanças institucionais (Figura 11), foi criado o *Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud* (IETS), para avaliação das tecnologias em saúde quanto à segurança, eficácia, eficiência, efetividade, utilidade e impacto econômico, com vistas à tomada de decisão para sua incorporação ao PBS (COLOMBIA, 2011b). O Instituto foi criado como uma entidade público-privada, sendo que até mesmo a indústria tinha um lugar no conselho diretivo no início de seu funcionamento. “A gente falava: Meu Deus! O quê que está acontecendo aqui?” (Participante 4). Além disso, o IETS avalia os produtos e protocolos clínicos por demanda do Ministério da Saúde, mas para se manter, precisa vender seus serviços para outras instituições ou entidades. Ainda que as avaliações envolvam a participação cidadã (sociedade civil, especialistas e ONGs, por exemplo) e a consulta a associações médicas e demais profissionais de saúde, devido à sua dependência de recursos externos e ao volume de trâmites para sua contratação e pagamento, os processos desenvolvidos pelo Instituto são, muitas vezes, realizados de forma acelerada e não totalmente independente (Participante 4).

Paralelamente, também foi criada a *Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos* (CNPMDM), responsável pela formulação e regulamentação da política de preços de medicamentos e demais tecnologias (COLOMBIA, 2011b). Apesar da abrangência da Lei 1438, a avaliação da Participante 12 é de que ela não representou grandes transformações práticas na vida dos colombianos, exceto o estabelecimento de um plano decenal de saúde pública. “É uma lei que tem um tanto de palavras e é muito engraçado, porque fala de determinante, de população, de risco, de degeneração, de intercultural... tudo que as pessoas falavam, colocaram como uma colcha de retalhos. É um pouco sem sentido” (Participante 12, tradução nossa).

Martínez (2015) considera ainda que a Lei 1438 reduziu o protagonismo da CRES ao prever que a atualização do PBS poderia ser realizada por outro órgão. A Comissão, entretanto, continuou a igualação e atualização dos Planos de Benefícios até 2012 (Figura 11), quando foi extinta pelo Decreto 2560 e algumas de suas atribuições passaram a ser do Ministério da Saúde e Proteção Social, como definir o conteúdo dos Planos, a UPC e os valores das cotas moderadoras (COLOMBIA, 2012a; MARTÍNEZ, 2015). Em 2011, por meio do Acordo 027, a CRES estendeu a unificação dos planos para maiores de 60 anos e dos Acordos 025 e 029 do mesmo ano atualizaram os Planos. Foram incluídos medicamentos com alta demanda via tutelas e também estabelecido, para os dois regimes, o fornecimento de transporte e hospedagem, caso o serviço prescrito pelo médico tratante não fosse prestado pelas IPS do município de residência do paciente (COLOMBIA, 2011c; 2011d; 2011e).

Em maio de 2012, a CRES emitiu o Acordo 032, que previu a igualação dos Planos de Benefícios dos regimes contributivo e subsidiado para a população entre 18 e 59 anos, a partir de 1º de julho do mesmo ano (COLOMBIA, 2012b). No entanto, embora os Planos tenham sido unificados, o valor da UPC do subsidiado ainda era menor, pois para o contributivo foi previsto um adicional de 4% para ações de promoção e prevenção, além de reajustes em percentuais distintos. A Resolução 4480 de 2012 definiu a UPC de ambos os regimes para 2013 e, ainda que a diferença *per capita* fosse pequena, ao se multiplicar pela população filiada, o montante do subsidiado era inferior em mais de dois bilhões de pesos, o que fatalmente refletiu na qualidade dos serviços prestados (ALDANA, 2013; CÁRDENAS; PEREIRA; MACHADO, 2017; COLOMBIA, 2012c). Os entrevistados confirmam esse cenário:

Então, mesmo a lista sendo igual, as EPS do regime subsidiado não tinham como dar conta para garantir o acesso a toda a lista, porque os recursos eram diferentes. (...). Então, foram quase três anos em que, ainda que no papel falava que a lista era igual, na verdade, não tinha como garantir, porque o recurso não era suficiente no regime subsidiado (Participante 4).

Ainda há diferenças. Porque a apólice, a Unidade de Pagamento por Capitação, é única no regime subsidiado com alguns ajustes: ajustes de distância, de certa população, enquanto no regime contributivo, está ajustada a riscos de forma melhor. Riscos dos indivíduos. Sim, ainda não é exatamente igual (Participante 9, tradução nossa).

Além do percentual para ações de promoção e prevenção, foi prevista para as EPS do regime contributivo uma alíquota de aproximadamente 8% para custos administrativos, valor que não foi incluído para o subsidiado:

E, em relação ao regime subsidiado, o Estado não paga os 100% referentes à UPC que tem o contributivo, mas 93, 92%, dizendo que ele tem que pagar somente o componente de prestação de serviços. Mas é igual no subsidiado, tem que administrar, há um gasto de administração. Então, há menos disponibilidade de recurso, realmente, da UPC para garantir o pacote de serviços prestados no regime subsidiado. Não há igualdade real entre as UPCs (Participante 12, tradução nossa).

Ao mesmo tempo, as desigualdades regionais permaneceram. A cobertura do sistema foi a quase 100%, mas o acesso continuou reduzido em municípios pequenos e em alguns departamentos, como na região do Pacífico e nas áreas rurais. Nesses locais, a partir de estudos de mercado, poucas EPS se instalaram, fazendo com que a população precisasse percorrer grandes extensões para chegar aos serviços (PAHO, 2012). Em outras palavras, cobertura universal não significa acesso universal.

Não, agora a cobertura do sistema é muito grande. Está em torno de 98%. Todas as pessoas que estão no contributivo, se ficam desempregadas, passam para o subsidiado. E, quando conseguem trabalho, voltam para o contributivo. Mas, te digo, ter uma filiação, ter um seguro, não garante a atenção. Não garante nem no subsidiado, nem no contributivo (Participante 12, tradução nossa).

O sistema indica que, porque a população em seu 96 ou 97% está filiada, com isso já se alcançou a universalidade. Mas o grande problema é que os 96% da população pode estar filiada ao sistema, mas o grande problema é a efetividade do acesso. Então, territorialmente, há muitas populações sem poder acessar um serviço de saúde nem sequer básico. E quando requerem serviços de saúde mais complexos, muito menos! (Participante 11, tradução nossa).

Tais problemas de acesso também foram enfrentados por muitos usuários residentes de áreas que não possuíam prestadores contratados pelas EPS aos quais eram vinculados. Ou seja, mesmo tendo hospitais perto de suas casas, as pessoas precisavam se deslocar por longas distâncias para chegarem às IPS da rede de suas seguradoras (VELEZ, 2016).

Ressalta-se que em 2012, 72 entidades controlavam 90% dos recursos da saúde no país, mas o então Presidente da *Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral* (ACEMI) alegava que as EPS permaneciam somente com 6% desses recursos (ALDANA, 2013; PAHO, 2012). Ainda que tal alegação fosse verdadeira, diante do montante dos aportes do fundo da saúde (em 2013 foram 46 milhões de pesos), 6% poderia atender às necessidades de saúde de grande parte da população a muito baixo custo (ALDANA, 2013). Todo esse cenário confirma o quanto o formato do SGSSS é vantajoso e lucrativo para as EPS, as quais se aproveitam da dependência de sua infraestrutura por parte do Estado para moldarem o Sistema e burlarem a legislação ou utilizá-la de acordo com seus interesses, sob uma aparente preocupação com a saúde das pessoas.

(...) E a academia diz “acabe com todas as EPS”! E o Estado diz “e se acabam as EPS, quem vai gerenciar o dinheiro? Se elas que controlam o dinheiro, se elas que evitam o gasto, se elas que tratam de acumular dinheiro para elas mesmas, e nós estamos quebrando e o gasto em saúde da Colômbia segue crescendo. Sem elas, quem vai nos proteger da pressão das indústrias, e a pressão dos pacientes e a vontade de prescrever dos médicos, porque recebem? (Participante 13, tradução nossa).

A organização do sistema, portanto, prioriza a proteção financeira e o ganho de lucros das seguradoras, em detrimento à efetividade do cuidado e ao acesso pelas pessoas, as quais, para minimizarem esses problemas, pagam por um seguro privado gerido pelas mesmas EPS que deveriam gerir o sistema geral. “Esse é um negócio redondo! “Eu administro seu plano normal, do sistema, mas administro mal e, se quiser ter uma melhor atenção, tem que me

pagar”. Tais seguros privados ou de medicina pré-paga apresentam custos muito altos e apenas uma pequena parte da população consegue contratar (Participante 11).

Há uma contradição entre a proposta de um sistema equânime e solidário e o modelo real de condução economicista pelas seguradoras, as quais negam e restringem o acesso dos usuários aos serviços, fomentando o clientelismo e fugindo da regulação do Estado a partir da manipulação das normas (MOLINA, 2009; VELEZ, 2016). Por exemplo, a recomendação 19 da Sentença T-760, acerca do registro de negações de serviços por parte das entidades não foi cumprida, fazendo com que a Resolução 3173 de 2009 fosse substituída pela Resolução 163 de 2011 (Figura 11), também estabelecendo um sistema de registro de negações, mas, novamente, a ordem não foi obedecida. O governo persistiu com a mesma estratégia e, em 2012, emitiu a Resolução 744, a qual adotou um novo sistema de registro de negações de serviços (COLOMBIA, 2009b; 2011f; 2012d).

A ausência de transparência por parte das EPS ainda pôde ser observada na não informação ao Ministério da Saúde e Proteção Social e à CRES sobre os critérios de precificação dos serviços. Em 2011, a Comissão verificou inconsistências nos dados divulgados pelas entidades sobre frequência de uso e gastos e, apesar da constatação de sobrepreço dos serviços e tecnologias, poucas entidades apresentaram informações válidas (MARTÍNEZ, 2015). As questões relacionadas às EPS foram se intensificando e os problemas de cobertura e acesso fizeram com que os debates e protestos por uma Lei Estatutária,⁶³ para o reconhecimento da saúde enquanto um direito fundamental e para a reforma do sistema, fossem fortalecidos. Nesse cenário, em 2012, surge um novo ator na contenda, a Grande Junta Médica, formada por organizações gremiais, colégios e associações médicas, ou seja, a elite da categoria. O grupo encaminhou uma proposta ao governo Santos com dez pontos a serem considerados no projeto de Lei Estatutária, o que gerou grandes discussões (Participante 12).

Paralelamente, o Senado apresentou o Projeto de Lei Estatutária n° 105 de 2012, que propunha uma reforma estrutural no Sistema de Saúde, com revogação da Lei 100 de 1993 e eliminação da intermediação das EPS (ALDANA, 2013). As discussões continuaram e, nesse período, outra questão importante envolvendo barreiras de acesso criadas pelas EPS envolveu o descumprimento da portabilidade de atendimento em território nacional. Em 2013, o Decreto 1683 visou estabelecer condições e normas para a portabilidade do seguro de saúde, a qual se refere à garantia, pelas seguradoras, de acessibilidade aos serviços, em qualquer

⁶³As Leis Estatutárias têm hierarquia Constitucional e visam desenvolver os aspectos essenciais dos direitos fundamentais (Participantes 11 e 13).

município do país, e para todos os filiados ao SGSSS que emigrarem ocasionalmente (até um mês), temporariamente (entre um e 12 meses, podendo ser prorrogado por mais 12 meses) ou permanentemente (juntamente com núcleo familiar) do município de filiação (COLOMBIA 2013a).

O Decreto ainda estabeleceu que em situações de emigração ocasional, nenhuma IPS deveria negar atendimento de urgência, sendo que a EPS de origem do usuário deveria cobrir os custos. Para emigrações temporárias, a EPS de origem deveria garantir a adscrição do filiado a uma IPS local e o acesso a todos os serviços do POS e, para a emigração permanente, o filiado e sua família precisariam trocar de EPS. Nos casos de dispersão familiar, ou seja, quando uma pessoa, por razões de estudo ou trabalho fixasse sua residência em município distinto de sua família, deveriam ser garantidos sua permanência na EPS de origem e o atendimento em prestadores locais, independentemente de emigração temporária ou permanente (COLOMBIA 2013a).

Segundo o Participante 9, entretanto, a portabilidade plena é fictícia, pois há diversos obstáculos impostos pelas EPS. “Aí dizem: “não, um momentinho, estamos em outra parte, aqui não temos rede, temos que contratar, você tem que ir a outro lugar para que acesse à nossa rede, à rede que temos contratada, então você tem que ir à rede própria”. Quando a EPS não dispõe de rede própria na localidade de destino, os trâmites são muito longos, o que afeta diretamente a saúde das pessoas (Participante 9). Nos casos de portabilidade permanente, também há impedimentos, uma vez que é comum as EPS de origem manterem em seu sistema o cadastro dos usuários, dificultando sua filiação em uma nova entidade (Participante 12).

A Participante 4 relata a situação de alguns de seus alunos que, para estudarem na universidade em que é docente, tiveram que se mudar para municípios e/ou departamentos distintos de suas famílias, apresentando grandes dificuldades para serem atendidos. Além das EPS de origem não contarem com rede própria/contratada no novo município, as EPS locais limitam a portabilidade, pois os custos para o atendimento de não filiados são maiores. “Na verdade, a única atenção que se tem garantida é a de urgência e emergência. Se você precisar de uma consulta, com médico geral, esse tipo de coisa, você não consegue”. Para consultas e tratamentos eletivos, os alunos, então, precisam se deslocar até seu município de filiação, sem que as EPS arquem com os custos de deslocamento, pois, a princípio, trata-se de retorno para casa (Participante 4).

Outros instrumentos legais foram publicados em 2013 na tentativa de se minimizar os problemas de cobertura e as barreiras de acesso (Figura 11). A Lei 1608 apresentou medidas para se melhorar o fluxo e liquidez do setor saúde por meio de saldos ou excedentes das

contas mestras do regime subsidiado, para pagamento de dívidas, realização de investimentos e melhoria de infraestrutura, com priorização das IPS públicas (COLOMBIA, 2013b). As Resoluções 5395 e 5521 buscaram, respectivamente, unificar os procedimentos para pedidos de reembolso e atualizar o POS, com a inclusão de transporte de pacientes, em casos de emergências, ou quando o serviço requerido não fosse prestado no local de residência do usuário (COLOMBIA, 2013c; 2013d). Destaca-se a Resolução 1841, que adotou o Plano Decenal de Saúde Pública 2012-2021, com ênfase nos determinantes sociais da saúde e no enfoque diferencial (por gênero, ciclos de vida, etnia etc.), tendo como eixo axiológico os direitos humanos. O plano ainda estabeleceu metas e ações por componentes e a separação das regiões de acordo com os problemas e necessidades (COLOMBIA, 2013e).

Publicou-se ainda a Circular 03, emitida pela CNPMDM, que estabeleceu a metodologia para controle direto de preços de medicamentos comercializados em território nacional, com indicação de países de referência para comparação dos preços e valor máximo de venda de medicamentos (COLOMBIA, 2013f). A Colômbia era um dos países com os maiores preços de medicamentos do mundo, sendo que os preços praticados sempre foram muito discrepantes em relação ao Chile ou ao Brasil, por exemplo. A compra de medicamentos, vacinas e dispositivos não era realizada pelo Estado, mas diretamente pelas EPS. Nesse sentido, entidades menores, de 20 mil usuários, não tinham poder de negociação com a indústria (Participante 13).

No mesmo ano, o governo apresentou o seu projeto de Lei Estatutária, o qual não revogava a Lei 100 e, além de manter o papel das EPS como intermediárias, transformava as seguradoras em Gestoras de Serviços de Saúde. Para o ex-presidente Santos, a única forma de redução da intermediação financeira no Sistema seria o controle da especulação realizada pelas EPS com a aplicação financeira dos recursos que deveriam ser destinados ao pagamento dos prestadores. “Ou seja, permanecia no sistema de saúde a causa da crise que se queria superar” (ALDANA, 2013, p.5). Naquele momento, estudantes e trabalhadores foram às ruas contra o projeto, “não porque defendiam o que havia, mas sim porque o que foi proposto era pior” (VELEZ, 2016, não paginado). Somente as elites médicas, representadas pela Grande Junta Médica, estavam de acordo com o plano do governo (Participante 12).

Projetos alternativos de Lei Estatutária foram apresentados pela Câmara dos Representantes, pelo Senado e pela *Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud* (ANSA), formada por mais de 50 organizações sociais, sindicais e comunitárias, pacientes, profissionais de saúde e membros da academia. A proposta da ANSA visava a reforma estrutural do SGSSS orientada pelo direito fundamental à saúde, a partir da revogação da Lei

100 e de um movimento de transição para um novo modelo de sistema (ECHEVERRY-LÓPEZ; BORRERO-RAMÍREZ, 2015; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, [2013?]).

Finalmente, foi aprovado pelo Congresso o projeto de Lei Estatutária apresentado pelo Senado, o qual foi remetido à Corte Constitucional para o controle de constitucionalidade. Durante a análise do Projeto, a Corte realizou audiências públicas com a participação de representantes do governo, da *Defensoría del Pueblo*, da Controladoria da República e de movimentos sociais. Houve protestos para que a Corte declarasse a Lei inexecutável, uma vez que ampliava o poder das EPS e limitava o direito fundamental à saúde. Por meio da Sentença C-313 de 2014, o Tribunal decidiu pela exequibilidade da Lei, mas somente após a modulação de diversos artigos, tornando-os mais garantistas. A Corte, entretanto, não contestou a Lei 100 e o modelo do sistema se manteve. Devido às garantias implementadas, houve resistência por parte do governo para a assinatura do instrumento, o que foi realizado pelo Presidente do Congresso em 2015, após nova pressão popular (Participante 12).

A Lei Estatutária 1751 de 2015 representou um dos principais marcos legais do SGSSS (Figura 11), inserindo na Constituição a saúde como direito fundamental e modificando a jurisprudência e a visão da população sobre o Sistema (Participantes 4, 9 e 13). O direito à saúde foi definido como autônomo e irrenunciável, tanto individualmente, quanto coletivamente, sendo inseridos princípios *pro homine*, isto é, com uma interpretação das normas mais favorável à saúde das pessoas. Foram garantidas a redução de barreiras; a participação nas decisões sobre o Sistema; a progressividade, a continuidade e a igualdade de tratamento e acesso (COLOMBIA, 2015a).

A Lei Estatutária diz isso: é injusto que na Colômbia as pessoas pobres, que não têm trabalho, além de não terem trabalho, tenham também menos direitos. Então, deve-se garantir que tenham os mesmos direitos que o contributivo, porque aqui [contributivo] o empregador e o empregado pagam e aqui [subsidiado] paga o Estado. Em ambos os casos, as EPS recebem o valor sem importar a fonte (Participante 13, tradução nossa).

Paralelamente, a Lei 1751 enfatizou o papel do Estado de direção, supervisão, organização, regulação, coordenação e controle do Sistema, ampliando os mecanismos de proteção contra a violação do direito à saúde, por meio de poder sancionatório e capacidade de intervenção no mercado de medicamentos, dispositivos e insumos. O acesso ao atendimento de urgência e emergência foi assegurado sem necessidade de apresentação de documento, pagamento prévio ou autorização administrativa. Ao Estado ainda foi atribuída a garantia da disponibilidade de serviços em áreas marginalizadas e dispersas, tendo em vista a

primazia da “rentabilidade social” sobre a “rentabilidade econômica” (COLOMBIA, 2015a, aspas nossas).

Uma das mudanças mais importantes foi a definição de que não haveria mais um Plano de Benefícios, ou seja, as pessoas deveriam ser atendidas por qualquer problema de saúde, salvo algumas exceções, que se definiriam socialmente (Participante 12). Tais exceções deveriam ser explícitas e se baseariam nos seguintes critérios: cosméticos e itens de luxo; tecnologias e tratamentos sem evidência científica de eficácia, efetividade e segurança clínicas; itens cujo uso não tenha sido autorizado; tratamentos e tecnologias em fase de experimentação e serviços prestados no exterior (COLOMBIA, 2015a).

A lista de exclusões, no entanto, criou ambiguidades, pois com a definição dos critérios para as exceções de cobertura, com foco na eficácia, segurança e efetividade de todas as tecnologias e medicamentos, facilitou-se a condução da indústria farmacêutica como estratégia para se fazer exclusões via Lei Estatutária (Participante 9). Por outro lado, com a unificação dos planos e a criação da lista implícita de benefícios, a pressão do Complexo Médico-Industrial de Asseguramento sobre o Sistema se intensificou, o que significou que “todas aquelas organizações biotecnológicas, de medicamentos e farmacêuticas viram na Colômbia a possibilidade de ampliar um pacote de benefícios ilimitado. Profundamente ilimitado” (Participante 13, aspas nossas). Nesse contexto, observa-se que os interesses e a pressão da indústria são mais definidores do Plano de Benefícios do que as reais necessidades de saúde da população (VELEZ, 2016).

Quando a Lei Estatutária foi publicada, as notícias de imprensa em todo o país diziam “acabou o POS, acabou a lista, agora o sistema vai cobrir tudo, você não precisa se preocupar, já não vai precisar mais de tutela, o sistema vai pagar tudo” (Participante 4, aspas da entrevistada). Em outras palavras, tratar-se-ia de um Plano de Benefícios implícito, em que tudo estaria coberto, mas com algumas exceções explícitas. A regulação do sistema, entretanto, continuou sendo executada como na Lei 100, ou seja, especificando, na verdade, o que estaria incluído (Participante 11). A Participante 4 complementa ressaltando que houve somente uma mudança de linguagem, pois há uma lista chamada Plano de Benefícios pago pela UPC e uma lista de exclusões denominada de Plano de Benefícios fora da UPC. “Então, é a mesma coisa” (Participante 4).

Na prática, não houve uma mudança institucional, porque as EPS continuaram realizando negociações indevidas e mesmo o sistema continuou gerando barreiras de acesso para resguardar as entidades. A iniquidade entre os regimes também se manteve, tendo em vista que, no regime contributivo, os custos do fornecimento de tecnologias e serviços fora da lista

são rateados entre as seguradoras e o Ministério da Saúde, enquanto no regime subsidiado, os itens considerados fora da lista são pagos pelos entes territoriais, os quais possuem menos recursos (Participantes 4 e 11).

Não há dúvidas de que a Lei 1751 tenha representado um grande avanço para a efetivação do direito à saúde na Colômbia, ao reconhecê-lo como fundamental. Entretanto, é consenso entre diversos especialistas e movimentos sociais que a manutenção da intermediação financeira pelas EPS e a inclusão do equilíbrio financeiro como um dos princípios do sistema, colidem com a ideia de direito que foi proposta. O próprio equilíbrio financeiro entra em xeque quando se observa que os custos dessa intermediação consomem grande parte dos recursos do Sistema (CÁRDENAS; PEREIRA; MACHADO, 2017; ESPITIA; FERRARI; GONZÁLEZ, *et al.*, 2019).

A Lei Estatutária é um ganho, não um ganho total, é um documento que convida às pessoas para que possam exigir seu direito, mas que não se concretiza necessariamente na estrutura do sistema, porque a estrutura do sistema impede o exercício, a garantia do direito a partir do Estado (Participante 13, tradução nossa).

Nenhum governo enfrentou de fato a estrutura do SGSSS, “que é um sistema de mercado, onde o importante é ver como as seguradoras obtêm seus lucros, sem importar qual é a atenção que é dada às pessoas” (Participante 11, tradução nossa). A partir da análise do marco legal do sistema (Figura 11), observa-se que houve algumas iniciativas positivas, com busca por mecanismos para ampliação do acesso, mas foram medidas isoladas, incapazes de fazer frente ao verdadeiro propósito que foi dado inicialmente ao sistema de saúde (Participante 11). Nesse sentido, a reforma trazida pela Lei Estatutária teve um caráter incremental, e não estrutural, como foi demandado e recomendado por sanitaristas, defensores de direitos humanos e movimentos sociais, desde a reforma de 1993.

A Participante 13 destaca que essa foi, deliberadamente, a estratégia seguida pelo governo Santos, ao citar a fala do Ministro da Saúde à época da publicação da Lei 1751, Alejandro Gaviria: “o problema são as pessoas que creem que o Estado é o mal irremediável ou a solução infinita. Eu aposto melhor. Eu aposto em uma engenharia incremental” (aspas da entrevistada). Em outros termos, a engenharia incremental defendida pelo ex-ministro significa que não é necessário realizar uma reforma radical, principalmente em um país polarizado, mas sim “ir apertando parafusos e porcas aos poucos. Se algo não funciona, ajusta-se um pouquinho. E se outra coisa não funciona, ajusta-se outro pouquinho” (Participante 13, tradução nossa).

As reformas graduais e compartimentalizadas continuaram após a publicação da Lei 1751, sempre acompanhadas do argumento de estarem seguindo as orientações da Corte Constitucional e buscando a redução dos problemas de acesso, da fragmentação do sistema e do volume de tutelas (Figura 11). Além da pressão política e econômica, foi uma opção a não revisão do papel das EPS e da organização dos hospitais, apostando, em grande medida, em mudanças tecnológicas, por meio do controle da informação. Nesse sentido, foram criados incentivos mediante o fornecimento de informações, que eram analisadas para se verificar desvios econômicos e aplicar novos incentivos (Participante 13).

Era como se você estivesse fazendo uma receita, ou um exercício com as crianças, uma espécie de exercício de condicionamento. Você diz que a eles que façam algo, eles fazem, você avalia, lhes pede a informação de como foi feito, e aplica um pouquinho de dinheiro. Se não, você muda a estratégia. Isso é o que o Estado está fazendo. (...). Isso se chama controle à distância. Quando você não pode mudar toda a estrutura, você não muda a estrutura. Você faz uma espécie de titeriteiro. Você lança cabos, no caso, cabos informacionais, e começa a puxar e soltar como quer (Participante 13, tradução nossa).

Os relatórios de informação enviados pelas entidades estão entre os parâmetros para a disponibilização dos recursos, como por exemplo, o número de filiados; a lista de nascimentos e óbitos; a lista de enfermidades órfãs; entre outras. Se os usuários não aparecem nas listas, paga-se menos; quanto maior o volume de pessoas com enfermidades órfãs (cujos medicamentos e tratamentos estão entre os mais caros do Sistema), maior volume de recursos; se as listas não estão adequadas em termos de formato, o pagamento não é realizado. (Participante 13).

Ainda em 2015, foi publicada a Resolução 518, a qual estabeleceu as diretrizes para a elaboração, execução, monitoramento e avaliação do *Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas* (PIC), cuja lista deveria ser atualizada a cada dois anos (COLOMBIA, 2015b). Alguns meses mais tarde, a Resolução 1479 instituiu os procedimentos para o reembolso referente a serviços e tecnologias sem cobertura no caso do regime subsidiado, com definição de diversos trâmites de informações, como listas de prestadores e procedimentos; relatórios, entre outros. A Resolução também abordou a atuação dos Comitês Técnico-Científicos das EPS e regras para reembolsos e auditorias (COLOMBIA, 2015c).

No final desse ano, o Decreto 2353 visou unificar e atualizar as regras de filiação ao SGSSS. Entre as principais medidas implementadas, na esteira da busca por soluções pautadas no controle de informações, o Decreto criou o *Sistema de Afiliación Transaccional* (SAT). Trata-se de um conjunto de processos, procedimentos e instrumentos técnico-

administrativos destinado ao registro e consulta das informações básicas e complementares acerca dos filiados do SGSSS. O sistema, entre outros componentes, armazena informações para a correta identificação dos filiados; para o controle da multifiliação; para a verificação da situação de pagamentos e cotizações e para o controle de mobilidade entre os regimes (COLOMBIA, 2015d).

Paralelamente, o Plano de Desenvolvimento Nacional 2014-2018, instituído pela Lei 1753 de 2015, estabeleceu normas, modelos e diretrizes para tecnologias de informação e comunicação para atendimento ao cidadão. No caso da saúde, destacam-se o agendamento eletrônico de consultas médicas, a História Clínica Eletrônica e os serviços de telemedicina e telessaúde. Uma das mudanças mais significativas do Plano foi a criação da *Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud* (ADRES), com vistas a substituir o FOSYGA (Figura 11).

A entidade, totalmente pública, vinculada ao Ministério da Saúde e Proteção Social e com autonomia administrativa, financeira e patrimonial se tornou a responsável pela gestão dos recursos do SGSSS provenientes do Sistema Geral de Participações; do produto do monopólio de jogos de azar; das cotizações; de parte do Imposto de Renda destinado para ações de equidade; do Orçamento Geral da Nação direcionado à universalização da cobertura e unificação dos planos; do Seguro Obrigatório de Acidentes de Trânsito; do imposto social sobre armas e munições; dos copagamentos; de rendimentos dos próprios recursos do Sistema e de recursos para-fiscais de proteção social (COLOMBIA, 2015e).

Essa medida visou mudar o regime de gestão dos recursos, dando mais transparência e controle sobre os processos. O FOSYGA era uma fiduciária que, frequentemente, aplicava esses recursos na bolsa de valores, o que atrasava os repasses para o Sistema de Saúde. Paralelamente, os escândalos de corrupção revelaram o quanto havia de ocultamento de informações, além de perda de grandes montantes.⁶⁴ A criação da ADRES representou uma melhora dessas questões, mas ainda há problemas no trâmite de informações (Participante 4).

A entrevistada relata que chegou a solicitar dados sobre pagamentos realizados via ações judiciais, mas os informes foram incompletos e não padronizados, dificultando a análise. O Participante 9, por sua vez, destaca que os reembolsos superfaturados continuam, sob a justificativa de risco financeiro “imposto” às entidades ao pagarem por tecnologias e tratamentos de forma antecipada (aspas nossas). “Assim estão fazendo as EPS. E a ADRES

⁶⁴Além do ocultamento de informações, foram descobertos esquemas para manipulação dos indicadores de eficiência, tais como a redução do porte de hospitais e da disponibilidade de horários para consultas (VELEZ, 2016).

tem pago muito dinheiro, e segue sendo muito alto. Há um informe da ADRES em página da Web onde se segue os reembolsos e as quantidades são exorbitantes! ” (Participante 9).

Paralelamente, Ruiz e Echavarría (2018) evidenciam que a busca pela lucratividade e a corrupção por parte das seguradoras e prestadores estão também relacionadas à negação de serviços de urgência. Devido aos frequentes casos de negativas de atendimento, esses serviços já chegaram a ser chamados de “passeios da morte”, dadas as diversas situações em que os pacientes, diante das barreiras de acesso, eram transportados de um prestador ao outro, ou eram assistidos de forma tardia, levando ao seu falecimento. As principais alegações realizadas pelos operadores se referiam à suposta inobservância de requisitos do sistema, como ausência de autorização prévia da EPS; período de carência; atraso no repasse das cotas, entre outras (RUIZ; ECHAVARRÍA, 2018, aspas dos autores, p.56).

Em um estudo de 87 casos de não atendimento ou de atendimento inadequado de pacientes em situações de urgência, os pesquisadores verificaram que em 65%, houve a morte dos pacientes; em 25%, o agravamento de seu estado de saúde e, em 10%, o desenvolvimento de outras condições ou enfermidades. Além disso, na maior parte dos casos (37%), as negativas ocorreram por alegações de problemas administrativos. Apesar de diversas investigações e medidas sancionatórias implementadas pelos órgãos de controle e vigilância, como a SNS, e mesmo pelo poder legislativo, as EPS não corrigiram sua conduta (RUIZ; ECHAVARRÍA, 2018). Os autores defendem que as punições ultrapassem a esfera administrativa e sejam aplicadas em âmbito penal, uma vez que se trata, claramente, de omissão de socorro.

Tal situação se tornou ainda mais grave e complexa diante do aumento da demanda pelos serviços de urgência e emergência, relacionado a diversos fatores referentes à organização do sistema e ao modelo de atenção. Primeiramente, a porta de entrada principal continuou sendo a rede de urgência. Houve o fechamento sistemático de serviços básicos, considerados de baixa lucratividade, como a assistência pediátrica e ginecológica, enquanto serviços de alta complexidade tecnológica, como unidades coronarianas e UTIs foram incentivadas. Ademais, a falta de acesso e de poder de resolutividade dos médicos generalistas levaram muitos usuários - que não podiam pagar pelos serviços ou que não entraram com ação de tutela - a desistirem do atendimento, levando ao agravamento do seu estado de saúde (VELEZ, 2016).

Diante desse cenário, houve tentativas de mudança do modelo de atenção, sendo publicadas em 2016, as Resoluções 429 e 6408 (Figura 11). A primeira adotou a *Política de Atención Integral en Salud* (PAIS), cujo objeto era a reorientação dos objetivos do SGSSS,

buscando-se uma alteração nas prioridades do Estado como regulador e subordinação das prioridades e interesses dos integrantes do sistema à melhoria das condições de saúde da população. A Resolução 429 também trouxe a Atenção Primária em Saúde (APS) como marco estratégico e, como marco operacional, foi apresentado o *Modelo Integral de Atención en Salud* (MIAS).⁶⁵ O enfoque territorial e a gestão do risco foram definidos como diretrizes para a atuação das seguradoras (COLOMBIA, 2016b). A Resolução 6408, por sua vez, determinou que, além da urgência e emergência, a porta de entrada do sistema deveria ser a consulta generalista, tanto médica (pediatria, obstetrícia ou medicina familiar), quanto odontológica (COLOMBIA, 2016c).

Ainda em 2016, o Decreto 780, o chamado Decreto Único Regulamentário do Setor Saúde e de Proteção social, compilou e atualizou as normas referentes aos órgãos e entidades do sistema, reproduzindo os principais instrumentos legais e unificando as regras de funcionamento das EPS. Importante ressaltar a ênfase à possibilidade de cada entidade solicitar autorização para prestação de serviços, simultaneamente, em ambos os regimes (COLOMBIA, 2016d). Outra medida com objetivo de reduzir as barreiras de acesso, com foco nas EPS, foi a Lei 1797, a qual visou o saneamento financeiro das seguradoras, por meio da liquidação de dívidas e da melhoria do fluxo de recursos. Foi priorizado o pagamento dos prestadores, particularmente das Empresas Sociais do Estado, além de prevista a devolução e utilização de excedentes e saldos não empenhados pelas entidades (COLOMBIA, 2016e).

Os entes territoriais também foram contemplados com a disponibilização de recursos para pagamento das EPS do regime subsidiado e foram abertas linhas de crédito para as entidades e para os próprios prestadores, a fim de se gerar liquidez no sistema. Um relevante mecanismo previsto na Lei foi a transferência direta (*giro directo*) dos recursos, pelo FOSYGA/ADRES, para as IPS, no caso de EPS que não cumprissem as metas de solvência (COLOMBIA, 2016e), ou seja, foi aberto um precedente de repasse de recursos aos prestadores sem a atuação de um intermediário.

Em continuidade à busca por soluções baseadas no controle da informação para os problemas do sistema, diversos instrumentos, como as Resoluções 3951 de 2016, 532 de 2017

⁶⁵Trata-se de um "conjunto de processos de intervenção, priorização e arranjos institucionais" para direcionar a atuação dos integrantes do sistema e cujos componentes são: caracterização da população (curso de vida, grupos de risco para planejamento das ações coerentes às necessidades de saúde da população); *Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud* - RIAS (ferramenta obrigatória que define as condições necessárias para se garantir a integralidade, por meio ações individuais e coletivas); *Gestión Integral del Riesgo en Salud* - GIRS; delimitação territorial (território urbano, com alta ruralidade e disperso); *Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud* - RED (conjunto articulado dos prestadores ou organização funcionais em âmbito territorial); redefinição do papel das seguradoras com enfoque territorial e fortalecimento da gestão do risco; ajustes nos sistemas de informação (COLOMBIA, 2016b).

e 1885, 2438 e 5871 de 2018, trataram dos requisitos, inscrição, procedimentos e utilização do aplicativo para prescrição, notificação e acesso a tecnologias e serviços não PBS, o MIPRES (COLOMBIA, 2016f; 2017a; 2018a; 2018b; 2018c). A primeira norma apresentou as regras gerais para acesso e notificação da prescrição de itens fora do Plano de Benefícios, bem como definiu que o profissional prescritor teria a responsabilidade direta sobre a receita, considerando sua autonomia e os princípios científicos e éticos. A Resolução ainda estabeleceu que, uma vez realizada a prescrição, a EPS deveria garantir o fornecimento e/ou prestação do benefício (COLOMBIA, 2016f).

No ano seguinte, a Resolução 532 adiou o início do funcionamento do MIPRES e determinou que as EPS e IPS poderiam realizar auditorias das prescrições realizadas no MIPRES e dar *feedback* aos profissionais sem, contudo, cerceá-los em sua autonomia, reter seus salários ou mudar as formulações (COLOMBIA, 2017a). Em 2018, a normativa do MIPRES focou, inicialmente, nos procedimentos e normas de utilização do aplicativo, além das condições para que um item pudesse ser receitado, tais como a exaustão de todas as possibilidades terapêuticas incluídas no PBS. A Resolução 1885, especificamente, definiu que o valor a ser reembolsado às EPS seria deduzido da cota moderadora ou do copagamento pago pelos filiados (COLOMBIA, 2018a; 2018b; 2018c).

Segundo a Participante 13, o MIPRES se tornou um nicho de disputa, pois a transferência da reponsabilidade pela justificativa do fornecimento de itens não PBS - que antes era dos Comitês Técnico-Científicos - ao profissional prescritor, desobrigou as EPS de terem que responder pelo fornecimento desses serviços e tecnologias.

Então, só faz o médico e não se envolvem [as EPS], porque, a qualquer momento, pode ser revisado por uma instância de auditoria que tem na ADRES e pode dizer perfeitamente: “Não, mas você justificou muito mal. Como você ordenou este gasto, com recurso público, você responde por isso”. E os médicos estão muito preocupados com o assunto, porque às vezes não é exato, outras vezes há pressões tanto dos pacientes, quanto da indústria farmacêutica (Participante 13, aspas da entrevistada, tradução nossa).

O MIPRES parece ainda se inserir em uma estratégia estatal para dar aparência de efetividade às ordens da Corte Constitucional e de aplicabilidade à Lei Estatutária. Nesse sentido, o Ministério da Saúde criou o plano implícito, chamado de Pacote de Benefícios Coletivos, mas com medicamentos, dispositivos e insumos de baixo custo. Por outro lado, os itens identificados como mais onerosos, com maior número de negações e mais demandados via tutelas, foram previstos em Pacote Individual, cujo fornecimento seria considerado excepcional. “Criamos um que podemos pagar fácil, através dos recursos que entregamos às

EPS e façamos um onde vão nos pedir autorização especial”, realizada pelo MIPRES (Participante 13, aspas da entrevistada).

Em outras palavras, as antigas exclusões estariam agora no PBS, mas exigiriam um procedimento diferenciado para seu fornecimento, centralizado no MIPRES. A população, em geral, não sabe dessa diferenciação e não compreende porque recebe uma parte de sua prescrição imediatamente, mas a outra parte necessita de uma receita especial. Segundo o trâmite oficial, após prescrição no MIPRES e disponibilização dos dados em uma base nacional específica pelo Ministério da Saúde, prestadores e EPS deveriam tomar as providências cabíveis para fornecimento do item prescrito em um prazo de cinco dias (COLOMBIA, 2022). Teoricamente, as IPS consultariam a base de dados para dispensarem a tecnologia e, as EPS, para pagarem à IPS e serem reembolsadas posteriormente. Após a prescrição do “medicamento especial”, deveria se aguardar a aprovação do pedido, comunicar a aprovação ao usuário o qual poderia, imediatamente, dirigir-se ao prestador para buscar o medicamento na farmácia indicada. A EPS, então, deveria confirmar o fornecimento do medicamento junto ao prestador, fazer o pagamento e cobrar da ADRES o reembolso (Participante 13).

“Esse é o processo simples, supostamente”, o qual foi criado para tentar reduzir o volume de tutelas, pois, anteriormente, o usuário recebia a negação direta desses itens e, então, interpunha uma ação de tutela, obrigando as EPS a fornecerem o medicamento no hospital (Participante 13).

O que acontece agora? Já não há negação. Ninguém mais nega o medicamento ao paciente. Eles lhe dizem: “espere. Tem que esperar que isso passa aqui [MIPRES]”. E isso, o Ministério, então, disse à Corte: “Viram? Resolvemos o problema das tutelas, porque já não há autorizações. Já não necessitamos que as EPS autorizem, porque o médico está fazendo a receita e eu vou pagar para as EPS, então o hospital já deve entregar imediatamente” (Participante 13, aspas da entrevistada, tradução nossa).

A utilização desse sistema, na realidade, tornou-se mais uma barreira, pois envolveu a adoção de uma infinidade de etapas e procedimentos burocráticos que começam com o registro do profissional para que consiga utilizar a plataforma (Figura 13). Quando o profissional está apto a prescrever pelo sistema, há três caminhos possíveis: primeiro, se o item integra o pacote coletivo, o fornecimento é realizado imediatamente. Se o serviço ou tecnologia não está no pacote coletivo, nem na lista do MIPRES, trata-se de uma exclusão que se enquadra nos critérios definidos na Lei Estatutária. “E se é uma exclusão, então não há poder humano que lhe valha, porque isso é o que todo mundo já sabe que não leva a nada.

Porque é prestado nos Estados Unidos, porque não está provado...” (Participante 13, tradução nossa).

No caso de o item estar na lista do MIPRES, o mesmo faz parte do pacote individual, e os trâmites previstos são seguidos (Figura 13). Ao entrar no sistema, o profissional tem acesso à conta do paciente, com seus dados pessoais, e pode prescrever medicamentos, procedimentos, dispositivos, insumos nutricionais (fórmulas, leite, por exemplo) e/ou serviços sociais complementares, como ambulância, fraldas, cadeira de rodas ou lentes de contato. Importante ressaltar que cada tipo de prescrição deve ser realizado em um formulário distinto e por meio de processos diversos para aprovação (Participante 13). A Participante 11 também afirma que o MIPRESS e demais sistemas de informação do SGSSS, na prática, acabam por representar barreiras não legais, pois dificultam a prescrição pelos profissionais.

Se é uma nutrição, tem que ter a aprovação de um nutricionista tratante, justificar porque necessita da nutrição, com toda a história clínica, e mandar a um comitê que logo lê isso. Esse comitê verifica e, se está de acordo, insere outro nutricionista par, que seja especialista no tema, para garantir que a você está sendo mandado o que necessita. E só depois disso, passa para o hospital e retorna para o Ministério. Cada processo! Se é um serviço social, necessita ter um comitê especial, criado por vários médicos, com um médico especialista na área (Participante 13, tradução nossa).

Além dos trâmites já previstos, há barreiras criadas pela utilização de estratégias por parte, tanto das EPS, quanto do próprio Estado. Um exemplo usual é o não pagamento dos prestadores pelas seguradoras, ou destas pela ADRES, mediante a alegação de erros ortográficos no nome do item mesmo após seu fornecimento ao usuário (Participante 13). Em contrapartida, a Participante 4 avalia que a implementação do MIPRES minimizou o conflito de interesses referente à decisão atribuída, exclusivamente às EPS, de fornecer ou não uma prestação. Além disso, obteve-se maior transparência dos dados, pois é possível a consulta de quais medicamentos são mais prescritos, quais os médicos que mais prescrevem, qual o perfil dos pacientes que estão utilizando aquele medicamento, entre outras informações. Os dados sobre o fluxo de recursos, entretanto, ainda não são transparentes (Participante 4).

Paralelamente ao desenvolvimento do MIPRES e ao estabelecimento dos trâmites para prescrição de itens fora do PBS, foram publicadas as normas para definição das inclusões e exclusões do Plano de Benefícios, conforme previsto na Lei Estatutária (Figura 11). Em 2017, o PBS e a cobertura do sistema foram atualizados (Figura 14) e a Resolução 330 adotou o

procedimento técnico-científico e participativo⁶⁶ para exclusão de serviços e tecnologias que não podem ser financiados com recursos públicos (COLOMBIA, 2017b; 2017c). Para a *Defensoria del Pueblo* esse procedimento favoreceu o conhecimento dos profissionais e usuários sobre o conteúdo dos planos, dado que, em 2019, os pedidos por itens excluídos apresentaram uma redução de 18,22% em relação a 2018 (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2020). Por outro lado, o Participante 9 destaca que os usuários não têm voz ativa no processo, apesar da Corte Constitucional também ter recomentado a definição das exclusões de forma participativa e baseada em critérios técnico-científicos e de haver, de fato, a participação de sociedades científicas, grupos, grêmios e profissionais especialistas. “Os pacientes têm se queixado muito, porque não têm muito espaço ali. É quase que somente para socializar as decisões, porque a decisão já foi tomada” (Participante 9, tradução nossa).

Em relação à filiação aos regimes e à gestão das EPS, as Resoluções 1268 de 2017 e 682 de 2018 estabeleceram, respectivamente, os critérios para filiação de ofício ao regime subsidiado⁶⁷ e as condições de funcionamento das EPS, com novo reforço à possibilidade operação nos dois regimes (COLOMBIA, 2017d; 2018d). Outros instrumentos legais foram publicados nesse período, buscando fortalecer o componente público do sistema e a participação popular, seja pela adoção da Política de Participação Social em Saúde com a Resolução 2063 de 2017, seja pela ampliação da atuação da Supersalud, por meio da Lei 1949 de 2019 (COLOMBIA, 2017e; 2019a).

Algumas normas buscaram mudanças mais profundas do ponto de vista institucional e organizacional, como a Lei 1955 de 2019, que apresentou o Plano Nacional de Desenvolvimento 2018-2022 o qual, no âmbito do sistema de saúde, instituiu o *Acuerdo de Punto Final* (Figura 11), integrado por diversos acordos para o saneamento definitivo das dívidas dos entes territoriais e das EPS em relação aos serviços e tecnologias fora da UPC. Se as EPS optassem por não aderir aos acordos, deveriam assinar um termo de compromisso de que não iriam recorrer à justiça posteriormente (COLOMBIA, 2019b). Dois meses depois, a Lei 1966 buscou consolidar o processo de saneamento financeiro do sistema, por meio de medidas para gestão e transparência do uso dos recursos; unificação dos sistemas de informação de gestão financeira e assistencial; implementação de um programa de saneamento fiscal e financeiro para as empresas sociais do Estado, entre outras (COLOMBIA,

⁶⁶O procedimento deve ter quatro fases: 1) Fase de nomeação e priorização; 2) Fase de análise técnico-científica; 3) Fase de consulta para pacientes potencialmente afetados e 4) Fase de adoção e publicação das decisões (COLOMBIA, 2017c).

⁶⁷A filiação de ofício ao regime subsidiado, estabelecida pela Resolução 1268, deve ocorrer nos casos em que as pessoas cumprem os requisitos para a filiação, mas se recusam a fazê-lo (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2020).

2019c). Segundo a *Defensoria del Pueblo* (2020), porém, as dívidas do sistema continuam a crescer, sendo recomendada a realização de auditorias dos acordos.

Um dos reflexos da crise e do endividamento geral do sistema é a liquidação de muitas EPS nos últimos anos, particularmente aquelas com maior volume de reclamações dos usuários. Ressalta-se que o governo, ao iniciar o processo de fechamento dessas entidades, fomentou a concentração dos filiados em poucas EPS (Participante 13). Para a entrevistada, há a transferência da “carga da má atenção aos que fazem melhor”, pois, inicialmente, premia-se o mau cuidador com subsídios para conseguir atender à sua população filiada e, então, transfere-se essa população para as EPS consideradas eficientes. O Participante 9 vai além e destaca que essa medida está levando ao monopólio, ou mesmo a um oligopólio, acompanhando a dinâmica mundial de conformação do complexo médico-industrial da saúde.

Um outro aspecto que deve ser levado em conta nessa discussão é a crise dos próprios prestadores. O não pagamento dos serviços e das dívidas por parte das EPS leva à adoção de algumas estratégias pelas IPS que, mais uma vez, significam obstáculos para o acesso, principalmente para filiados do regime subsidiado. As seguradoras que realizam os pagamentos adequadamente compram camas hospitalares previamente para seus usuários e, se um paciente de uma EPS com dívidas ou histórico de “má pagadora” necessitar de um leito, a internação não acontece, pois mesmo com vagas, o leito já está reservado para a ESP pagante (Participante 12, aspas nossas).

Então, é um jogo difícil, não é? Ou um prestador prefere separar a cama para uma seguradora que paga bem, que devidamente cumpre o pagamento, mas se vem um paciente de uma seguradora que todo mundo sabe que está quebrada, ou que não paga... - Todos não pagam, ou seja, aqui o problema de pagamento é generalizado, mas há uns piores que outros. - Então, se é um segurador desses que é pior para pagar, então não recebem seus pacientes. Muitas vezes eles só recebem o paciente se é feito um pagamento prévio (Participante 12, tradução nossa).

Com o objetivo de minimizar as barreiras de acesso, importante destacar o Decreto 2106, também de 2019, que buscou simplificar, suprimir e reformar alguns trâmites, processos e procedimentos desnecessários na Administração Pública como, por exemplo, redução dos requisitos para licenciamento de produtos derivados da *cannabis* com fins medicinais; obrigação de uso de canais e serviços digitais; facilitação da habilitação de prestadores de serviços de saúde; redução dos prazos para cobranças e solicitações de reembolsos; proibição de exigência de comprovante de filiação dos usuários pelas EPS e IPS para prestação dos serviços e simplificação dos trâmites para autorização de procedimentos eletivos; entre outros (COLOMBIA, 2019d).

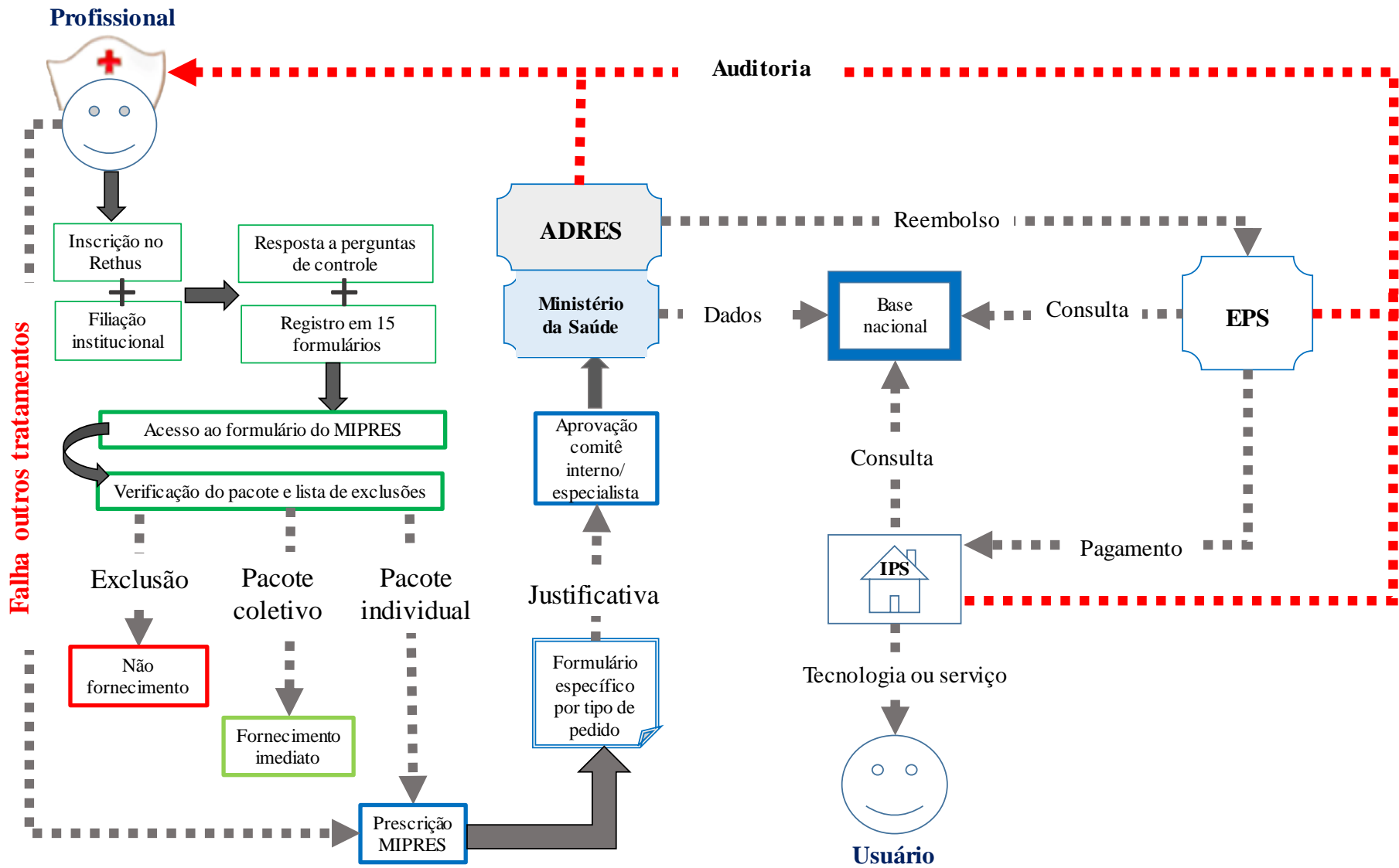


Figura 13 - Trâmites e fluxos de utilização do MIPRES, Colômbia, 2021 (elaboração própria).

Mesmo com essa medida permanece o entendimento de que o grande volume e complexidade dos processos administrativos do sistema prejudicam o acesso aos serviços e às tecnologias pela população. Por exemplo, as EPS deveriam custear o deslocamento dos pacientes quando o atendimento necessário não está disponível em sua rede de prestadores. O trâmite, entretanto, é muito longo e as pessoas acabam pagando do próprio bolso (Participante 4). A literatura já denunciava a alta carga burocrática imposta aos usuários de forma sistemática que, em muitos casos, apresentava a clara intenção de gerar dividendos para as EPS, uma vez que as despesas de administração elevam os custos da atenção de forma expressiva, perpetuando a mercantilização da saúde no país (ALDANA, 2013; VELEZ, 2016), percepção compartilhada pela Participante 13:

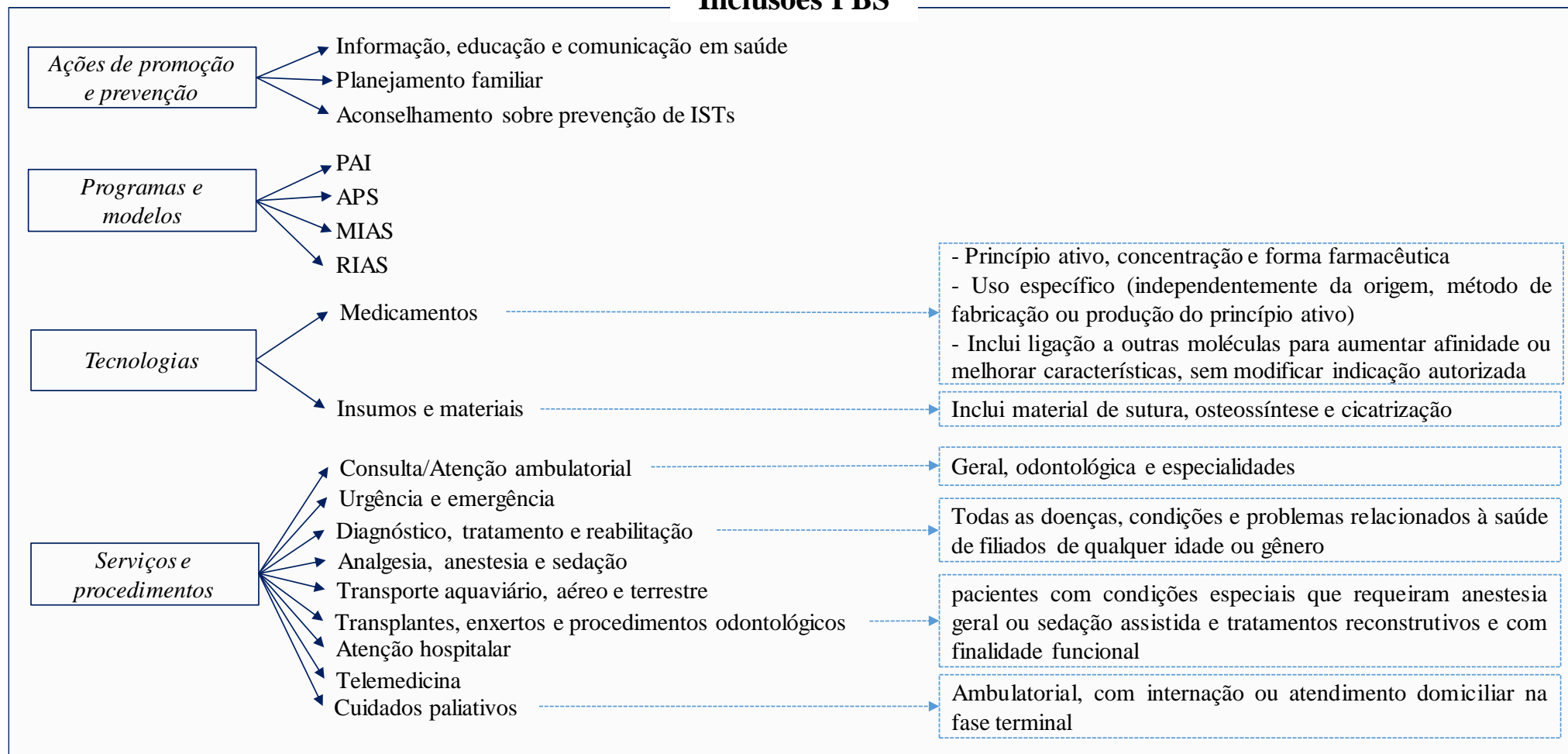
Possivelmente, a complexidade do sistema de saúde colombiano não tenha em nenhum outro sistema do mundo. É de uma loucura para qualquer processo. Qualquer processo, há 20 processos administrativos. Para que você receba um medicamento, 20 mil processos administrativos por trás. Isso faz impossível entender o que está funcionando mal e faz possível que as pessoas ganhem dinheiro, acumulem dinheiro, porque aí há muitas formas de fazer isso (Participante 13, tradução nossa).

Paralelamente, o arranjo normativo pós Lei Estatutária se pautou pela busca da redução da fragmentação da atenção, por meio da Resolução 2626 de 2019, a qual adotou o *Modelo de Acción Integral Territorial* (MAITE), modificando a PAIS em relação à organização operativa e à prestação dos serviços (COLOMBIA, 2019e). Além de visar o fortalecimento da autoridade sanitária territorial, o MAITE tem como objetivo fomentar o trabalho colaborativo nação-território, atacando os problemas de coordenação e dispersão entre os diversos atores do sistema de saúde, comunidade e outros sistemas (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2020).

Há, no entanto, críticas em relação à solução apresentada, pois o modelo do SGSSS permanece o mesmo, com enfoque individual e prestacional, afastando-se do conceito amplo de saúde coletiva, que envolve a determinação social da saúde e a territorialização:

Para nós, a evidência tem nos mostrado que o seguro desterritorializa, é um mecanismo individual de proteção financeira para cortar os custos da atenção. E a lógica de qualquer seguro é tratar de que esses custos, esses gastos, não ocorram e tirar o máximo de utilidade do que seria uma apólice (Participante 9, tradução nossa).

Inclusões PBS



Fonte: Defensoría del Pueblo (2020).

Figura 14 - Conteúdo do Plano de Benefícios de Saúde do SGSSS, Colômbia, 2020 (elaboração própria).

A fragmentação do território e da atenção ocorre em níveis diversos, sempre determinados pelo modelo de asseguramento: divisão entre atenção individual e coletiva, não só do ponto de vista organizacional e político, mas também quanto à responsabilidade; divisão entre os regimes; divisão territorial, geográfica, por filiação e mesmo familiar. Falar de território em um modelo baseado no mercado, portanto, torna-se um paradoxo, pois o objetivo é o controle individual do risco, fomentado pelo Estado. O mecanismo de regulação desse mercado se apoia na troca da UPC por um Plano de Benefícios, o qual, para ser rentável, não pode ser utilizado. Nesse sentido, criam-se múltiplas barreiras, desde as barreiras administrativas, informacionais, geográficas, até culturais, centradas no consumo de bens e serviços. Além disso, busca-se evitar que as pessoas adoeçam ou não tenham complicações de suas enfermidades, não por uma atuação coletiva na perspectiva da Promoção da Saúde, mas em um modelo de atenção que mantém os pacientes crônicos com seus patamares básicos de consumo de medicamentos (Participante 9).

As ações coletivas ficam, então, a cargo dos entes territoriais que, com cada vez menos recursos e esvaziados de sua função pública e capacidade técnica, precisam recorrer ao setor privado, que não sabe e não pretende atuar fora do asseguramento individual de risco financeiro:

Porque, claro, o segurador diz: a mim não podem culpar de que água não seja potável e por isso as pessoas adoecem. Eu não tenho porque responder por essa enfermidade. Tem que responder quem maneja a água potável. Então, isso é o Estado. Eu só me dedico à atenção individual da enfermidade (Participante 9, tradução nossa).

Em contrapartida, a Participante 11 afirma que nem mesmo a gestão individual do risco é adequada, pois o usuário não consegue manter o vínculo com o mesmo profissional e precisa, muitas vezes, repetir exames e recomeçar tratamentos. “Então, uma pessoa vê o médico e, depois de três meses, ela vê outro e depois de outros três meses, vê outro. Ou seja, não há um seguimento constante da situação do paciente” (Participante 11, tradução nossa).

Em relação à questão territorial, o modelo de asseguramento é incoerente, porque “os territórios precisam ser vistos como territórios e não como indivíduos que vão, um a um, buscar seus serviços” (Participante 9). Os territórios permanecem muito fragmentados, podendo haver, em um só bairro ou em um município de 2500 habitantes, mais de seis seguradoras, entre regime subsidiado e contributivo, e não há uma atuação em rede dessas entidades. Embora já tenha havido algumas iniciativas, em Medellín, Cali ou Bogotá, por exemplo, de programas como o Citologia sem Barreiras ou o Vacinemos sem Barreiras, em

que o atendimento poderia ser realizado em qualquer prestador e haveria a cobrança cruzada da EPS de origem, não há uma atenção articulada (Participante 12).

Indo além, pode-se encontrar em uma mesma casa ou família, cinco pessoas, com cinco EPS distintas, a depender da inserção profissional de cada um. “E uma coisa muito paradoxal é que se supõe que toda uma família deve estar em um mesmo lugar”. Tal situação torna muito difícil a atuação integrada e um exemplo foi o que aconteceu no país durante a pandemia por Covid-19. Se alguém de uma determinada família apresentava sintomas, fazia o teste e o resultado era positivo, além do isolamento, deveria avisar aos contatos. Teoricamente, cada um desses contatos deveria realizar o exame, mas a EPS testava um ou dois que eram também filiados, mas as outras EPS não entravam em ação, obrigando quem não foi testado a trabalhar, caso tivesse emprego formal (Participante 12).

Paralelamente, há a fragmentação organizativa dos tipos de entidades, que vai além da divisão entre os regimes contributivo e subsidiado e da atuação desarticulada entre as EPS, envolvendo a separação entre as Seguradoras de Riscos Laborais e as EPS que atuam nas enfermidades em geral. Essa dubiedade de atuação também se apresenta como um obstáculo de acesso, tendo em vista que as pessoas não sabem a quem recorrer em muitos casos.

Então, muitas vezes, um dos grandes problemas é que estou com uma enfermidade geral, e vou buscar a pensão, e ela me diz: “não, aqui é enfermidade geral, e isso não é enfermidade geral, é laboral”. Aí você vai para o outro lado e lhe dizem “não, isso aqui não é laboral” (...) A pessoa tem que estar em um e outro espaço e inclusive para outras coisas, porque se tem um acidente de trânsito, o pagador é um; se é uma enfermidade geral, o pagador é outro; se é uma enfermidade laboral, outro. São muitas fragmentações que tornam muito difícil articular de uma maneira coerente a atenção dos seres humanos (Participante 12, aspás da entrevistada, tradução nossa).

Observa-se ainda a fragmentação dos tipos de serviços, pois não há uma só unidade que monitore e administre as prestações, as quais são dispersas e, em grande parte das vezes, distantes, principalmente em cidades muito extensas. As pessoas, então, precisam ir de um extremo ao outro, o que representa, para muitos, não poderem acessar ao serviço, por razões de custos de transporte, por razão de tempo de deslocamento e também pela demora para conseguir uma marcação (Participante 11). A entrevistada considera que essa espera seja o principal problema, tendo em vista que o tempo para se conseguir agendar uma consulta de clínica geral é de dois meses, depois mais seis ou sete meses para a consulta especializada e ainda mais três ou quatro meses para os exames. No caso de tratamento oncológico, por exemplo, o tempo é decisivo para seu sucesso.

Todo esse cenário de diversos níveis de fragmentação e de situações geradoras de barreiras de acesso evidenciam e estão relacionados a uma questão estrutural grave no país,

que é a desigualdade, conforme discutido no subcapítulo anterior.⁶⁸ As redes de prestadores variam de uma cidade para a outra, há municípios em que algumas especialidades não estão disponíveis, principalmente cidades de menor porte e com população dispersa.

E o problema de acesso é, claro, pior para as pessoas das zonas rurais, de lugares de dispersos, dos grupos étnicos, para os estratos populares. Por quê? Porque também quem tem maior, melhores condições de vida, tem mais capital cultural, sabem mover-se no sistema um pouco mais, tem também capital social, sabem mover relações (Participante 12, tradução nossa).

Então, se você precisa de um especialista e está em Bogotá, você tem alguma vantagem, mas se você está numa... inclusive em cidades que não são menores, tipo Bucaramanga, por exemplo, que eu acho que é a quinta, sexta, cidade do país. Lá, por exemplo, não tem hepatologista. Então a pessoa em tratamento de hepatite C, tem que viajar para Bogotá para ter a consulta para poder ter acesso ao medicamento (Participante 4).

Assim como na discussão sobre o contexto social e questões relacionadas às condições de vida da população, torna-se evidente que as iniquidades entre o espaço urbano e o rural trazem implicações para o acesso aos serviços de saúde. A fragmentação do sistema se revela em um grau ainda mais profundo ao se analisar a presença incipiente e a distribuição desigual de seguradoras e prestadores no campo, apesar da população ser filiada a alguma EPS.

Todo indígena tem uma carteirinha da EPS, mas a EPS nunca aparece para prestar serviço para eles. Então, eles só ficam com o dinheiro e a população não é atendida. Mas, nas cidades pequenas que só tem uma EPS que chega lá, uma ou duas, aí a concorrência do mercado não funciona, então o serviço é pior (Participante 4).

Os territórios rurais e dispersos ocupam grande parte do país e a população, muitas vezes, não têm acesso nem a serviços básicos e o modelo do Sistema baseado no mercado, de risco financeiro e custo-efetividade faz com que essas áreas sejam abandonadas pelo seguro, devido aos altos custos e à baixa lucratividade (Participantes 9, 11 e 13). Como agravante desse cenário, esses territórios sofrem os abusos e consequências relacionadas à violência e ao conflito armado. Além do desrespeito ao direito à vida, ao trabalho, à dignidade humana, à moradia, à liberdade e à paz, o direito fundamental à saúde é continuamente violado.

O primeiro grau de descumprimento do direito à saúde em um contexto de guerra está em sua conexão com o direito à vida. Nas palavras da Participante 12, “essa relação entre o direito à saúde e o direito à vida é rompida de todas as formas” (tradução nossa). Ao mesmo

⁶⁸Ver Tabela 2 e Figuras 6 e 7.

tempo, há impactos diretos na integridade e na capacidade física das pessoas, devido a minas terrestres, tiroteios, tortura, chacinas, balas perdidas, entre outras situações de violência. Podem-se citar também efeitos sobre a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades, com aumento, de sofrimento mental, suicídio, problemas reprodutivos e doenças transmissíveis, como a tuberculose, e aquelas relacionadas à qualidade da água e à exposição ao glifosato⁶⁹ (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2019; NUMPAQUE-ARCILA; ORDÓÑEZ; ARDILA, *et al.*, 2021).

A falta de cuidado e acesso aos serviços e medicamentos leva ainda à piora de doenças crônicas como a diabetes, a hipertensão e outras doenças cardiovasculares, além de afetar a segurança alimentar, particularmente dos refugiados (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2019; NUMPAQUE-ARCILA; ORDÓÑEZ; ARDILA, *et al.*, 2021). Os poucos prestadores das regiões atingidas encontram-se com péssima infraestrutura, revelando o abandono estatal das comunidades campesinas e tradicionais, que igualmente sofrem com barreiras culturais pela desconsideração de seus saberes e práticas ancestrais (NUMPAQUE-ARCILA; ORDÓÑEZ; ARDILA, *et al.*, 2021). Vale destacar que a ausência do Estado não é absoluta. Como discutido anteriormente, sua presença nesses territórios agrava os conflitos, uma vez que está voltada para a repressão e criação de institucionalidades militares.

A Participante 12 relata a situação de uma comunidade em que atuava, cuja população sempre reivindicou a construção de um centro de saúde. Houve repetidas negativas sob o argumento de que os terrenos eram impróprios, com alto risco geológico. O governo, no entanto, construiu, no mesmo local, um *Comando de Atención Inmediata* (CAI).⁷⁰ “Essa é a forma que o Estado se concretiza”. As últimas esperanças foram depositadas em uma carta enviada ao Prefeito, mas a comunidade já não tem motivação para lutar. “Chegou a um ponto que não querem se mobilizar por isso, porque já sabem que não vão resolver nada” (Participante 12, tradução nossa).

Outro agravante dos conflitos nos territórios rurais é a violência contra os serviços e contra os próprios profissionais de saúde. Na Costa Atlântica, por exemplo, local com presença intensa de paramilitares, muitos recursos da saúde foram tomados por esses grupos, pois se tratavam de estruturas estatais (Participante 4). A partir de uma investigação recente, Numpaque-Arcila, Ordóñez e Ardila *et al.* (2021) relataram inúmeras atrocidades e violações cometidas contra as equipes de saúde de diversos territórios, em grande parte dos casos com o

⁶⁹Agrotóxico largamente utilizado nas plantações de folhas de coca (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2019).

⁷⁰Trata-se de unidade policial de menor jurisdição, localizada nos perímetros urbanos dos municípios, localidades, comunas ou bairros das principais cidades que possuem essa divisão territorial (COLOMBIA, 2009g).

objetivo de atingir opositores, seja pelo bloqueio à chegada de mantimentos e medicamentos, seja pelo impedimento de socorro e assistência.

Em Bojayá (Departamento de Chocó), as Promotoras e Promotores de Saúde⁷¹ foram impedidos, pelo exército e por paramilitares, de se deslocarem pelo território e oferecerem o tratamento de feridas e ações de prevenção da malária e da leishmaniose às comunidades e grupos rivais. Por ser considerada uma doença dos grupos insurgentes, houve uma “instrumentalização da malária na guerra”, pois ao não receberem os cuidados necessários, os guerrilheiros eram obrigados a procurar os serviços de saúde em outros locais e então eram capturados. Ao mesmo tempo, devido ao seu conhecimento profundo do território, esses profissionais ainda foram vistos como potenciais ameaças e alguns foram assassinados (NUMPAQUE-ARCILA; ORDÓÑEZ; ARDILA, *et al.*, 2021, p.37).

A Participante 12 confirma esse cenário e ainda cita como vítimas os técnicos de saneamento ambiental, médicos e enfermeiros, sendo que alguns centros de saúde foram transformados em lugares de tortura. Em várias regiões do país os paramilitares provocaram o massacre de setores sindicais, principalmente os da saúde, como o ANTHOC (*Asociación Nacional de Trabajadores y Servidores Públicos de la Salud y Seguridad Social Integral y Servicios Complementarios de Colombia*), “que foi um sindicato que socorreu boa parte dos trabalhadores, digamos, auxiliares, técnicos e tecnológicos do país, mas também profissionais” (Participante 12, tradução nossa).

Vale ressaltar que durante o processo de paz, apesar da manutenção do modelo de asseguramento, começou a se falar sobre a possibilidade de integração dos entes territoriais com as EPS, por meio do MIAS (Resolução 429 de 2016) e da saúde integrar o eixo de Reforma Rural Integral (Participante 9). A Participante 4 avalia que esse processo representou um avanço expressivo para a saúde rural, mas relata ter tido a oportunidade de ouvir um ex-guerrilheiro que relatou os desafios para o retorno à sociedade. Após a entrega das armas, o mais difícil foi a inserção no sistema de saúde. “Porque, quando eles estavam na guerra, nos seus acampamentos, é muito curioso, porque eles tinham um sistema até tipo Atenção Primária”. Um dos motivos para essa situação foi o fato de estarem em municípios pequenos, com barreiras crônicas de acesso. “Então, não está funcionando tão bem como deveria. Principalmente, este governo [ex-governo Duque] não tem nenhum interesse que isso funcione” (Participante 4).

⁷¹Essas e esses profissionais eram essenciais para atenção à saúde na região, pois eram capacitados para reconhecerem e resolverem situações de risco sanitário, sendo frequentemente as únicas pessoas com quem as comunidades rurais podiam contar (NUMPAQUE-ARCILA; ORDÓÑEZ; ARDILA, *et al.*, 2021).

A entrada do ex-presidente Duque, portanto, representou a estagnação e substituição da *Política de Atención Integral en Salud* (PAIS) como parte da estratégia de aprofundamento do modelo de asseguramento promovida por seu governo. Outra investida para esse aprofundamento foi a apresentação ao Congresso, em meio à pandemia por Covid-19 e em caráter de urgência, do projeto de Lei 010 de 2020, o qual visava dar maior governabilidade do território para as seguradoras. Um dos objetivos era fazer a adscrição territorial via EPS, retirando essa função dos entes territoriais e criando um monopólio de atuação de determinada seguradora por região, favorecendo o ganho de escala e anulando o princípio da livre escolha (Participante 9).

Mesmo diante das restrições impostas pela emergência sanitária, houve uma forte reação dos movimentos sociais, da academia, dos jovens, de sindicatos e de especialistas contra a proposta governamental⁷² e contra outras medidas, como o aumento de impostos. No momento de realização das entrevistas estavam ocorrendo protestos em todo o país e os Participantes se manifestaram de forma enfática sobre o quanto o projeto poderia destruir o Sistema de Seguridad colombiano, tornando-o um sistema de mercado puro. Vale ressaltar que o governo recebeu o apoio político de grupos que sempre lucraram com o sistema de saúde, sendo que o projeto foi proposto pelo partido Cambio Radical, detentor da cadeira do Ministério da Saúde e aliado do partido do ex-presidente Duque, Centro Democrático. Houve a tentativa de se desqualificar a reação popular, por meio da minimização dos impactos do projeto e das outras medidas e de alegações de vandalismo, além de dura repressão policial.⁷³ Diante da forte resistência da sociedade, diversos partidos retiraram seu apoio e o projeto de lei caiu, significando uma grande vitória da população (Participantes 9, 11, 12 e 13).

O Sistema de Saúde colombiano vem seguindo um caminho nesses últimos trinta anos pautado por diversos desafios impostos pelo modelo adotado na reforma sanitária, a qual transformou o direito à saúde em bem de consumo e significou a restrição do papel do Estado à regulação de um mercado que sempre agiu de acordo com seus interesses. Ao longo desse período, foram realizadas diversas reformas incrementais que em nenhum momento contestou

⁷²Proyecto de Ley 010, en contravía del derecho a la salud. *UdeA Noticias*, Medellín, 23 oct. 2020. Disponível em: https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/udea-noticias/udea-noticia/!ut/p/z0/fYyxCsJAEER_xSal7HrGU8tgIYiFhUiyjSy5Q1fjbWJO0b830UJsbIaZ4c0AQQ4U-C4HjqKBqy4XZPez-cKMshTXaFOLmd2kk6lZjrc7hBXQf6B7kFPTUAZUaoj-ESGv9Rq5ujnPCXL7m4568R_f6yBolFK4TfC9DuK0p751q6V4xy7Byj9xhEODBqE-U_EC9xqvLw!!/>. Acesso em 13 ago. 2022.

⁷³El Paro Nacional 2021: Lecciones aprendidas para el ejercicio del derecho de reunión pacífica en Colombia, Diciembre 2021. *ReliefWeb/OCHA*, Ginebra/Bogotá, 15 dic. 2021. Disponível em: <https://reliefweb.int/report/colombia/el-paro-nacional-2021-lecciones-aprendidas-para-el-ejercicio-del-derecho-de-reuni-n>. Acesso em 16 ago. 2022).

o modelo privatista, além de ter desconsiderado medidas de desenvolvimento científico e tecnológico, de fortalecimento dos territórios, entre outras (CÁRDENAS; PEREIRA; MACHADO, 2017).

Ressalta-se que Lei Estatutária de 2015 foi um grande avanço que, associada à ampla mobilização social em torno do direito fundamental à saúde nos últimos anos e à atuação da Corte Constitucional, por meio, principalmente, da Sentença T-760 de 2008, significou o primeiro passo em direção a uma reforma estruturante do sistema. Os desafios sempre se repetiram e as soluções parecem versões atualizadas do mesmo princípio, destacando-se a fragmentação do sistema (em diversos níveis) e as barreiras de acesso pela população, questões que culminam em um fenômeno importante para a compreensão e discussão da efetivação do direito à saúde na Colômbia: a judicialização da saúde, que será discutida no próximo subcapítulo.

5.3 A judicialização da saúde e a atuação da Corte Constitucional

A Constituição colombiana de 1991, além da abertura de novos espaços de participação e do reconhecimento do direito à saúde - inicialmente como um serviço público e, a partir da Lei Estatutária em 2015, como um direito fundamental - representou, o fortalecimento do Poder Judiciário e a ampliação dos mecanismos de acesso à justiça. Tendo como pano de fundo o Novo Constitucionalismo Latino-Americano, os eixos saúde e justiça caminham juntos e se conectam desde os anos 1990 por meio da judicialização da saúde. Não é possível analisar a efetivação do direito à saúde na Colômbia sem trazer para o debate o fenômeno da judicialização, o qual está diretamente relacionado à maioria das mudanças e reformas implementadas no SGSSS, particularmente por meio da Sentença T-760, emitida pela Corte Constitucional em 2008. Como será discutido, ainda que existam diversos desafios e questionamentos relacionados à desigualdade no acesso à justiça, à individualização das demandas e ao não enfrentamento do modelo do sistema de saúde, baseado no asseguramento e na dependência do setor privado, a atuação do sistema de justiça foi essencial para os avanços na efetivação do direito à saúde no país.

O primeiro marco constitucional para o fortalecimento do Judiciário se refere à criação de duas instituições fundamentais para o amparo dos direitos reconhecidos: a *Defensoría del Pueblo* e a Corte Constitucional. A Defensoria se trata de um órgão com autonomia administrativa e orçamentária, cuja missão é a defesa e promoção dos direitos humanos, além

do fomento à cultura da paz, fazendo com que seja uma das principais responsáveis pela pacificação do país. Em relação à proteção do direito à saúde, a instituição atua ativamente, tanto pela via jurisdicional, quanto pelo estudo e acompanhamento anuais das ações judiciais (tutelas) que tratam da saúde e da seguridade social. A partir dos dados analisados, a Defensoria emite recomendações aos órgãos e entidades responsáveis pela condução e execução das políticas de saúde (COLOMBIA, s.d.; DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2020; PORTILLO, 2008).

Por meio das defensorias regionais e seccionais, a *Defensoría* atua de forma próxima à população e assume, assim, o papel de “mediadora entre o cidadão e o Estado” (PORTILLO, 2008, p.113). Após sua previsão constitucional, a *Defensoría del Pueblo* foi regulamentada pela Lei 24 de 1992 como parte integrante do Ministério Público⁷⁴ e sob a gestão do Procurador Geral da Nação (COLOMBIA, s.d.; PORTILLO, 2008). O *Defensor del Pueblo* é eleito pela *Cámara de Representantes*,⁷⁵ dentro de uma lista tríplice definida pelo Presidente da República, para um mandato de quatro anos (COLOMBIA, 1991a).

A segunda instituição criada pela Assembleia Nacional Constituinte de 1991 foi a Corte Constitucional, responsável por guardar e garantir a integridade e a supremacia da Carta Política colombiana, conforme o Art. 241. Para tanto, cabe ao Tribunal decidir sobre demandas de inconstitucionalidade e constitucionalidade de procedimentos e instrumentos legais e jurídicos, além de revisar as decisões de ações de tutela e examinar a exequibilidade de tratados internacionais (COLOMBIA 1991a). A criação da Corte está atrelada à própria concepção de Estado Social de Direito, uma vez que se deve interpretar o texto constitucional de forma a dar a máxima efetividade aos direitos fundamentais dos cidadãos (ITURRALDE, 2013; SILVA, 2011). Ressalta-se que a Corte se difere da Corte Suprema de Justiça,⁷⁶ pois assumiu, desde o início, “um projeto mais socialdemocrata” (Participante 9) e se tornou umas das cortes mais fortes do mundo (LANDAU; LÓPEZ-MURCIA, 2009).

⁷⁴O Ministério Público teve origem na Constituição de 1830 e é um órgão de controle, autônomo e integrado pela Procuradoria Geral da República e, a partir da promulgação da Constituição de 1991, integrado também pela *Defensoría del Pueblo*. A Procuradoria tem a função de fazer cumprir o ordenamento jurídico, bem como as decisões judiciais, que para além de um enfoque disciplinar, visa dar efetividade aos direitos e interesses da população (COLOMBIA, s.d.).

⁷⁵A *Cámara de Representantes*, juntamente com o Senado, compõe o Congresso da República, formando a *Rama Legislativa*, um dos três poderes do Estado. O Congresso, portanto, trata-se de um órgão bicameral, colegiado, de eleição popular (COLOMBIA, 1991a).

⁷⁶Ao lado da Corte Constitucional, do Conselho Superior da Judicatura, do Conselho de Estado e da Comissão Nacional de Disciplina Judicial, a Corte Suprema de Justiça integra o Poder Judiciário colombiano (a *Rama Judicial*), tratando-se da última instância da justiça ordinária. Antes da Constituição de 1991 (e da criação da Corte Constitucional), a Corte Suprema realizava o controle de constitucionalidade, sendo que as ações com esse objeto impetradas até junho desse ano ainda ficaram sob sua responsabilidade (COLOMBIA, 1991a).

Para a Participante 12, tendo em vista sua atuação garantista, de busca pela concretização da ideia de um Estado Social de Direito, a Corte Constitucional passou a ser principal “régua” para todo o Estado (aspas da entrevistada). Do ponto de vista das lutas políticas, esse perfil do Tribunal gera uma fissura nas elites do poder institucional e possibilita o gozo de vários direitos, não somente da saúde (Participante 12). O importante papel assumido pela Corte se deve ainda a fatores político-estruturais, como a crise de representação no país, a dispersão dos movimentos sociais e dos partidos de oposição e a tímida atuação do Legislativo, com forte concentração de poder no Executivo, em um movimento de reequilíbrio de poderes e de *accountability* desses entes estatais (LANDAU; LÓPEZ-MURCIA, 2009; YEPES; GARCÍA-VILLEGAS, 2002; YEPES, 2004; 2006).

Para essa atuação, a Corte se baseia em grande medida na doutrina do Estado de Coisas Inconstitucional, cuja gama de ação abrange todos os cidadãos do país, que se encontram expostos à condição considerada inconstitucional e é amplamente utilizada nos casos que envolvem prisioneiros ou pessoas afetadas e deslocadas, devido aos conflitos armados (LANDAU; LÓPEZ-MURCIA, 2009). A Corte ainda recebe suporte técnico e financeiro para suas atividades, tem a prerrogativa de revisar as decisões de outros juízes e busca limitar as ilegalidades cometidas pelo Executivo, como nos casos de abuso de poderes de emergência pelo presidente, além de atuar em substituição do Poder Legislativo em vários momentos, fomentando e supervisionando a aplicação de políticas e o desenvolvimento de uma base sólida para os direitos constitucionais (AVRITZER, 2017; ITURRALDE, 2013; LANDAU; LÓPEZ-MURCIA, 2009; YEPES, 2004; 2006).

Paralelamente à criação da *Defensoría del Pueblo* e da Corte Constitucional, o segundo marco para o fortalecimento do Judiciário envolve a ampliação dos mecanismos de acesso à justiça, com submissão de todas as expressões de poder à Constituição, sendo o principal, a previsão de um novo tipo de procedimento judicial, a tutela (SILVA, 2011). Trata-se de uma ação judicial pouco dispendiosa, rápida, acessível, que pode ser proposta por qualquer indivíduo, a qualquer juiz, para proteger seus direitos fundamentais, sem necessidade de interposição de advogado ou comprovação de interesse na demanda (GARGARELLA, 2013; LANDAU; LÓPEZ-MURCIA, 2009; PISARELLO, 2014; YEPES, 2004; 2006).

A regulamentação da ação de tutela se deu no Art.86 da Constituição e por meio do Decreto-Lei 2591 de 1991, o qual apresentou os princípios e atributos para sua utilização. Os princípios são a publicidade, a economia, a precedência do direito defendido, a celeridade e a eficácia (COLOMBIA, 1991a;1991b). Os três últimos princípios significam, respectivamente,

que o juiz deve priorizar o trâmite da tutela em relação a outros temas de sua competência, de forma rápida e de acordo com prazos definidos e improrrogáveis e emitir a avaliação do mérito pelo deferimento ou indeferimento da demanda. No caso dos atributos, destaca-se a subsidiariedade, conceito que deriva de sua procedência, referindo-se aos requisitos para a interposição da ação. Em outras palavras, a tutela procede somente quando não há outro remédio jurídico para a defesa do direito em questão, exceto para evitar um prejuízo irremediável, assumindo, assim, um caráter transitório (COLOMBIA, 1991b; DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2012; SILVA, 2011).

Destaca-se ainda a especificidade, atributo que define quais direitos são passíveis de proteção pela ação de tutela. À primeira vista, a Constituição e o Decreto-Lei 2591 restringiram a utilização da tutela aos direitos fundamentais, mas a partir de uma leitura mais aprofundada, percebe-se a possibilidade de avaliação da pertinência da ação pela Corte Constitucional, no caso concreto. Além disso, a interpretação dos direitos tutelados deve se dar em conformidade aos tratados internacionais de direitos humanos que foram ratificados pela Colômbia, mesmo que não estejam expressamente classificados como fundamentais na Constituição (COLOMBIA, 1991a; 1991b; SILVA, 2011).

As tutelas podem chegar à Corte Constitucional de duas formas. A primeira se dá por meio de recurso apresentado pelo *Defensor del Pueblo*, pelo solicitante, pelo demandado, pela autoridade ou representante do órgão em questão, sem prejuízo do cumprimento imediato da ordem em caso de deferimento. A segunda forma se trata da remessa obrigatória das ações não impugnadas, as quais podem ser selecionadas, ou não, por dois magistrados da Corte, para revisão. O processo de revisão é realizado por outros três magistrados (conformando, assim, uma Sala de Revisão) com o objetivo de examinar a decisão, unificar a jurisprudência constitucional e/ou esclarecer o alcance das normas, sendo que os dois últimos casos devem ser motivados e as mudanças na jurisprudência devem ser decididas pela Sala Plena da Corte. Destaca-se que outro magistrado da Corte, o Procurador Geral da Nação ou o *Defensor del Pueblo* podem solicitar a revisão de ações não selecionadas, quando considerarem que pode haver o esclarecimento quanto ao alcance de um direito ou que um prejuízo grave pode ser evitado (COLOMBIA, 1991b; DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2012; 2020).

As ações de tutela contribuíram para a paz na Colômbia, dado que se avançou de forma significativa, em matéria jurisdicional, quanto à proteção da dignidade, da vida, da autonomia pessoal e dos direitos econômicos, sociais e culturais de minorias e vítimas da violência (DÍAZ, 2010; YEPES; GARCÍA-VILLEGAS, 2002). A tutela, portanto, tornou-se um mecanismo contramajoritário, protegendo aqueles se encontram fora dos ambientes de

poder político e econômico (BENÍTEZ-ROJAS, 2011). Com foco no direito à saúde, a Participante 12 ressalta que “a Constituição, com a ação de tutela, abriu a possibilidade de apropriação social subalterna de um mecanismo de exigibilidade jurídica para avançar na construção prática do direito à saúde” (Participante 12, tradução nossa).

Tais transformações e inovações, alavancadas pela nova Constituição e pela atuação da Corte Constitucional, no âmbito do controle de constitucionalidade, significaram uma modernização do sistema jurídico na Colômbia, o qual passou de um modelo predominantemente continental, caracterizado pelo positivismo e centralizado na força da lei, para um sistema misto, que alia o *civil law* e o *common law*, uma vez que o precedente jurisprudencial adquiriu força vinculante (FUHRMANN, 2016; IBARRA, 2013). O controle de constitucionalidade também pode ser considerado misto, havendo uma combinação entre o controle concentrado/abstrato, exercido pela Corte Constitucional, via tutelas e via Ação Constitucional de Amparo, e o controle difuso/concreto realizado pelos juízes da república, por meio das ações de tutela (Participante 11). Para a entrevistada, ao atuarem nas ações que envolvem o direito à saúde, os juízes da justiça ordinária também se tornaram responsáveis pela proteção desse direito.

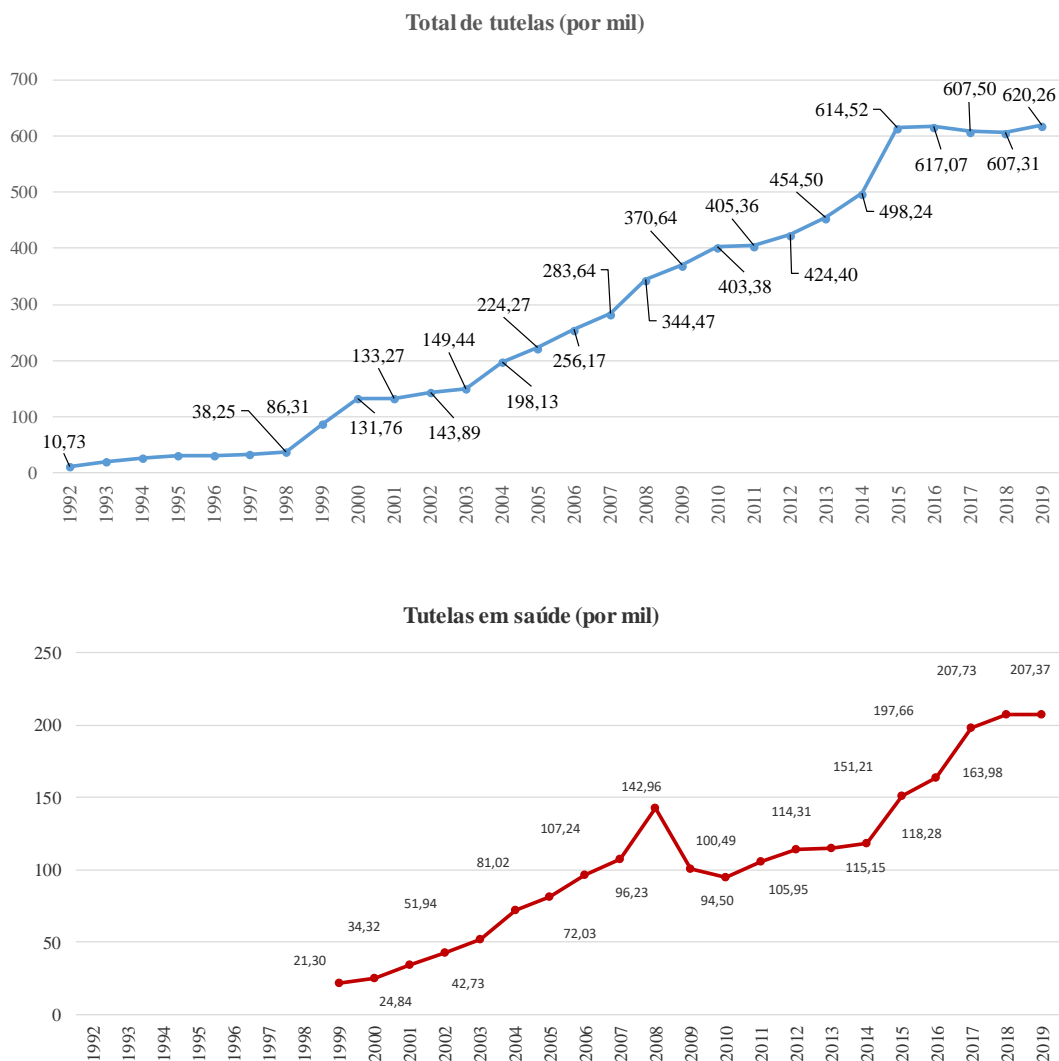
Nesse cenário, a ação de tutela se tornou a estratégia mais utilizada pelos cidadãos colombianos para protegerem seus direitos fundamentais (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2020). Ao se analisar a evolução histórica do total de tutelas interpostas entre 1992 e 2019 no país, observa-se que o volume de ações passou de 10.732 para 620.257, representando um aumento de 5.679% em 28 anos (Figura 15). Vale ressaltar que, de 1993 a 1998, a média de aumento do volume de tutelas foi de 26,37% ao ano, com maiores taxas em 1993 (88,05%) e 1994 (32,38%). Em 1999, entretanto, houve um salto de 125,67% do total de tutelas em relação a 1998, o que coincidiu com o momento em que o volume de tutelas em saúde começou a ser monitorado pela *Defensoría del Pueblo*⁷⁷ (Figura 16).

Pode-se dizer que esse momento foi o início da judicialização da saúde na Colômbia, tendo como fatores desencadeadores a eclosão da epidemia da AIDS, associada à falta de acesso aos tratamentos desenvolvidos. Em outros termos, houve um aumento expressivo dos

⁷⁷Para o estudo das tutelas em saúde, a *Defensoría del Pueblo* realiza uma análise do universo dessas ações (total; decisões favoráveis; departamento de origem e tipo de entidade/instituição demandada), seguida de uma amostra estratificada e representativa dos pedidos (tipos de serviços e tecnologias demandados e especialidades); regime do tutelante e se o pedido é POS/PBS ou se é uma exclusão. Importante ressaltar que os serviços e tecnologias são classificados de acordo com os manuais do sistema de definições do INVIMA (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2020). Segundo a Participante 4, no entanto, deve-se atentar para a análise dos pedidos pois, em grande parte das ações, os medicamentos são solicitados por marca específica e a *Defensoría* classifica como item POS. Ou seja, “do jeito que a defensoria faz a análise, a gente não consegue separar essas duas coisas. Então, ali está tudo misturado” (Participante 4).

casos da doença, paralelamente ao reconhecimento das patentes farmacêuticas no país e à impossibilidade financeira de aquisição dos medicamentos pelos pacientes.

Os medicamentos são efetivos, mas não tem como comprar, não tem como pagar, porque tem patente, não tem genérico, e as pessoas começam a utilizar essa ação de tutela para defender seu direito à vida, porque, naquele caso, se você não tinha tratamento, você morria, naquela época, né (Participante 4).

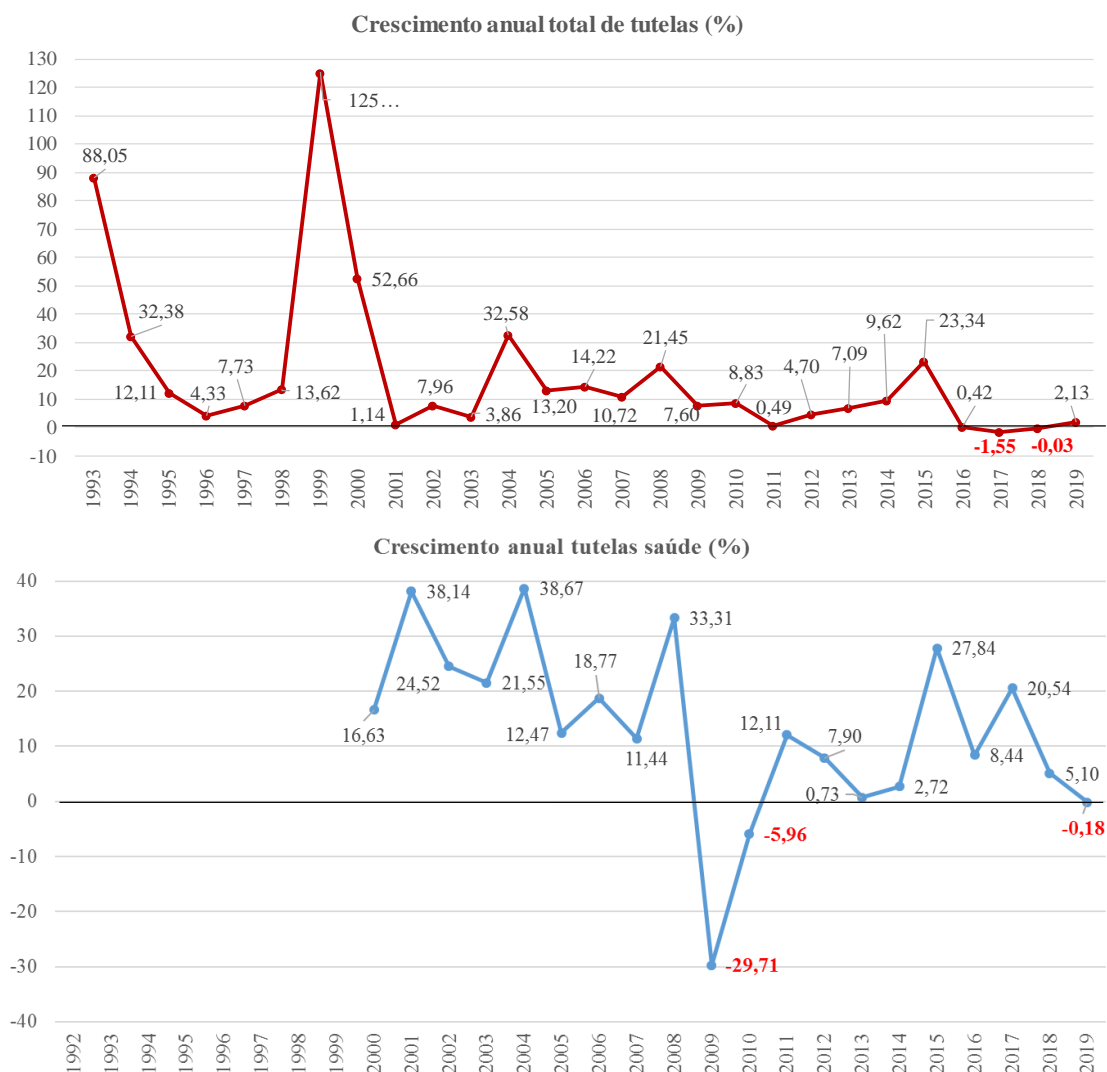


Fonte: Relatórios *Defensoría del Pueblo*, 2004 a 2020 (elaboração própria). Dados completos no Apêndice 8.

Figura 15 - Gráficos da evolução histórica do total de tutelas e das tutelas em saúde, por ano, Colômbia, 1992-2019.

As cifras das tutelas em geral e das tutelas em saúde continuaram em ascensão durante todo o período do estudo, com desvios pontuais nessa trajetória e variações na magnitude de crescimento (Figuras 15 e 16). Entre 1999 e 2009 houve um aumento de 371,76% do total de tutelas em saúde e de 106,37% entre 2009 e 2019, perfazendo um crescimento total no

período (1999-2019) de 873,51%. Desde o início do seu monitoramento, as tutelas em saúde estiveram entre os direitos mais demandados, sendo que em 2007 e 2008 foi o primeiro e, a partir de 2009, o segundo direito com maior número de ações, quando o direito à petição⁷⁸ assumiu a liderança (dados não mostrados).⁷⁹



Fonte: Relatórios *Defensoría del Pueblo*, 2004 a 2020 (elaboração e cálculos próprios). Dados completos no Apêndice 8.

Figura 16 - Gráficos da evolução histórica do crescimento anual do total de tutelas e das tutelas em saúde, Colômbia, 1992-2019.

⁷⁸Trata-se de um direito fundamental que envolve a garantia de obtenção, pelos cidadãos, de esclarecimentos informações e dados de entidades e autoridades, significando a oportunidade diálogo com o poder público e favorecimento do exercício dos outros direitos, como o direito à saúde. O alto volume de tutelas envolvendo esse direito está relacionado ao não cumprimento das petições pelas entidades ou à emissão de respostas extemporâneas, difusas e inespecíficas (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2017; 2018).

⁷⁹Relatórios *Defensoría del Pueblo*, 2004 a 2020.

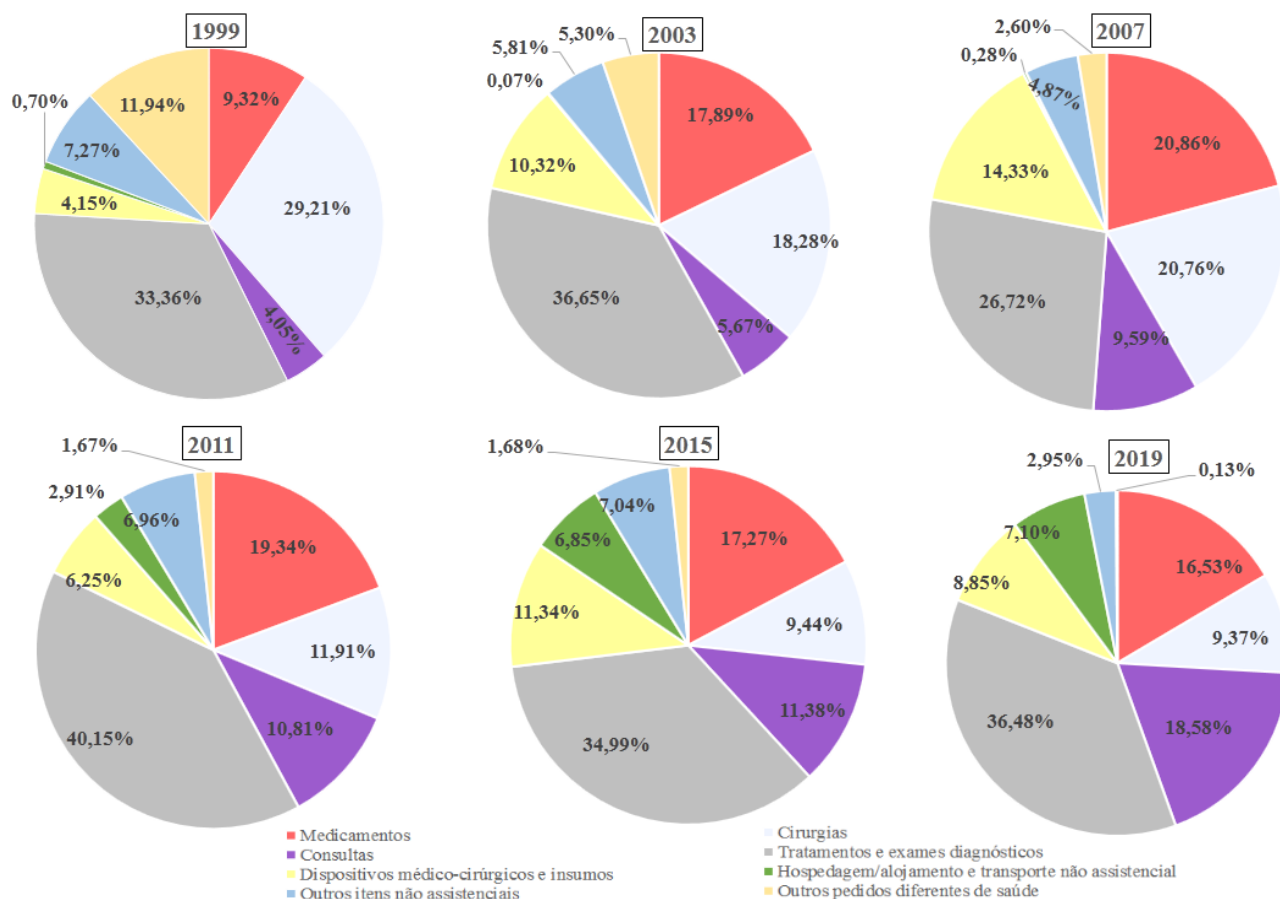
A principal causa do aumento exponencial do volume de tutelas em saúde foi o descumprimento permanente do direito à saúde no país, com negativas de fornecimento de medicamentos; criação de obstáculos para acesso a cirurgias, exames, tratamentos e consultas; inobservância dos POS; desrespeito às normas do sistema, entre outros. Nesse sentido, as tutelas passaram a ser um importante caminho para acessar os serviços e tecnologias em saúde, até mesmo os incluídos nos Planos (ARRIETA-GÓMEZ, 2018; DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2020; MORENO, 2010). “Então, quer dizer, houve uma materialização do direito de dizer 'o seu direito é a tais e tais coisas'. Quando essas coisas não se cumprem, as pessoas judicializam” (Participante 10).

Segundo Moreno (2010), as motivações mais importantes para o aumento das tutelas seriam a indefinição da cobertura e a desatualização dos itens do POS. Em seu estudo, o autor ainda concluiu que as tutelas se referiam, em grande medida, a necessidades de saúde relacionadas a doenças graves, tanto de filiados, quanto não filiados ao Sistema (MORENO, 2010). Paralelamente, ressalta-se que milhares de pessoas recorreram à justiça devido à não igualação dos Planos entre os regimes contributivo e subsidiado prevista para 2001, além de ter havido uma mudança no perfil das ações, com a inclusão de demandas por medicamentos fora da lista do Sistema e sem evidência de efetividade e segurança (Participantes 4 e 13).

Ao longo do período de estudo, do total de pedidos, a maior parte se referiu a tratamentos e exames diagnósticos (n = 1.523.964; 36,22%); seguidos de medicamentos (n = 769.826; 18,30%); cirurgias (n = 499.759, 11,88%); consultas (n = 522.121; 12,41%); dispositivos médico-cirúrgicos e insumos (n = 377.424; 8,97%); outros itens não assistenciais (n = 234.947; 5,58%); hospedagem/alojamento e transporte não assistencial (n = 193.778; 4,61%); outros pedidos diferentes de saúde (n = 78.483; 1,87%) e somente 0,17% dos pedidos (n = 7.066) trataram-se de exclusões explícitas (Figura 17). Nos 21 anos da série histórica, os tratamentos e exames diagnósticos ocuparam a primeira posição, e os medicamentos o segundo lugar, em 14 anos, não consecutivos (Apêndice 9).

Entre as especialidades mais tuteladas, neurologia/neurocirurgia (n = 359102; 14,68%) e oncologia (n = 236811; 9,68%), esse mesmo padrão foi observado e os tratamentos apresentaram superioridade no total de demandas até 2013. A partir de 2014, os dados desagregados por tipo de item demandado, dentro de cada especialidade, não estão disponíveis, mas somente os totais de tutelas por especialidade (Figura 18). As demais especialidades demandadas foram ortopedia/traumatologia/fisiatria (n = 230906; 9,44%); oftalmologia (n = 189175; 7,73%); urologia/nefrologia (n = 179026; 7,32%); cardiologia (n = 162394; 6,64%); entre outras (Apêndice 10). Vale destacar o alto volume de demandas por

serviços e tecnologias relacionados à oftalmologia, com predomínio de cirurgias (n = 40892) e próteses/órteses (n = 24247), como óculos e lentes de contato (dados não mostrados).



Fonte: Relatórios *Defensoría del Pueblo*, 2004 a 2020 (elaboração e cálculos próprios). Dados completos no Apêndice 9.

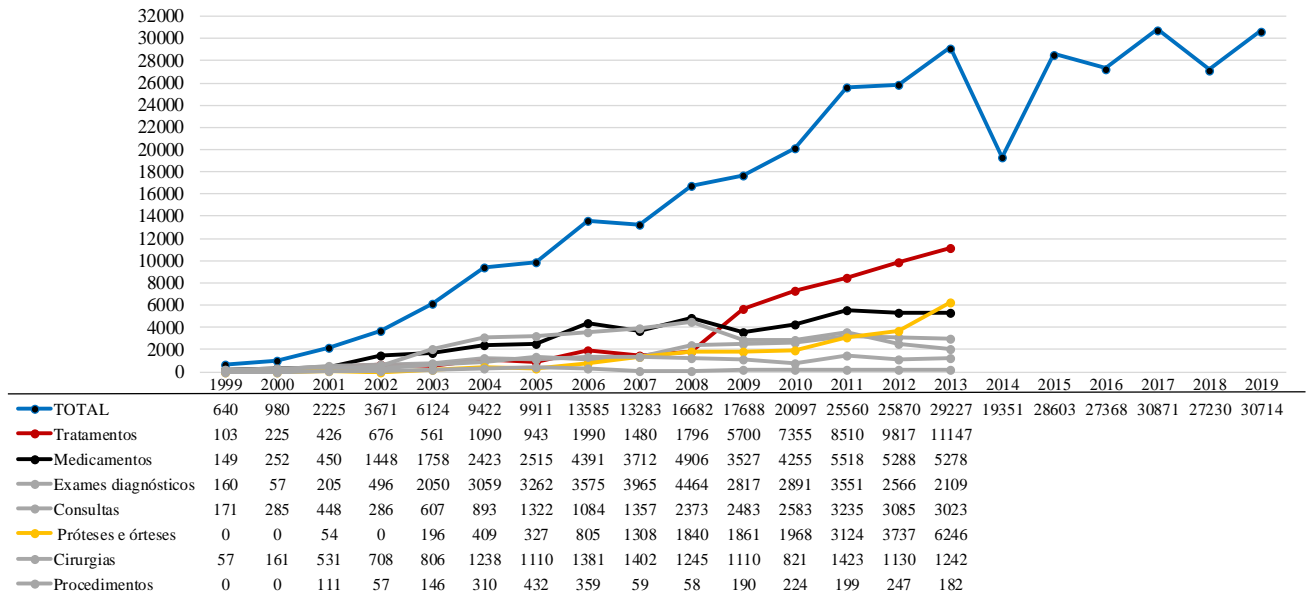
Figura 17 - Gráficos da distribuição anual dos itens solicitados via tutelas em saúde, Colômbia, 1999, 2003, 2007, 2011, 2015 e 2019.

Ressalta-se que o diagnóstico realizado pela *Defensoría del Pueblo* traz neurologia e neurocirurgia separadamente, bem como ortopedia, traumatologia e fisioterapia, e urologia e nefrologia. Neste estudo, no entanto, optou-se pelo agrupamento dessas e outras especialidades para facilitar a discussão, por se tratarem de áreas afins. A análise das especialidades demandadas é de grande relevância para se identificar e compreender os problemas de acesso aos serviços de saúde, pois revela aquelas que apresentam déficit de profissionais, seja por formação em quantidade inadequada, seja pela distribuição desigual no país (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2020).

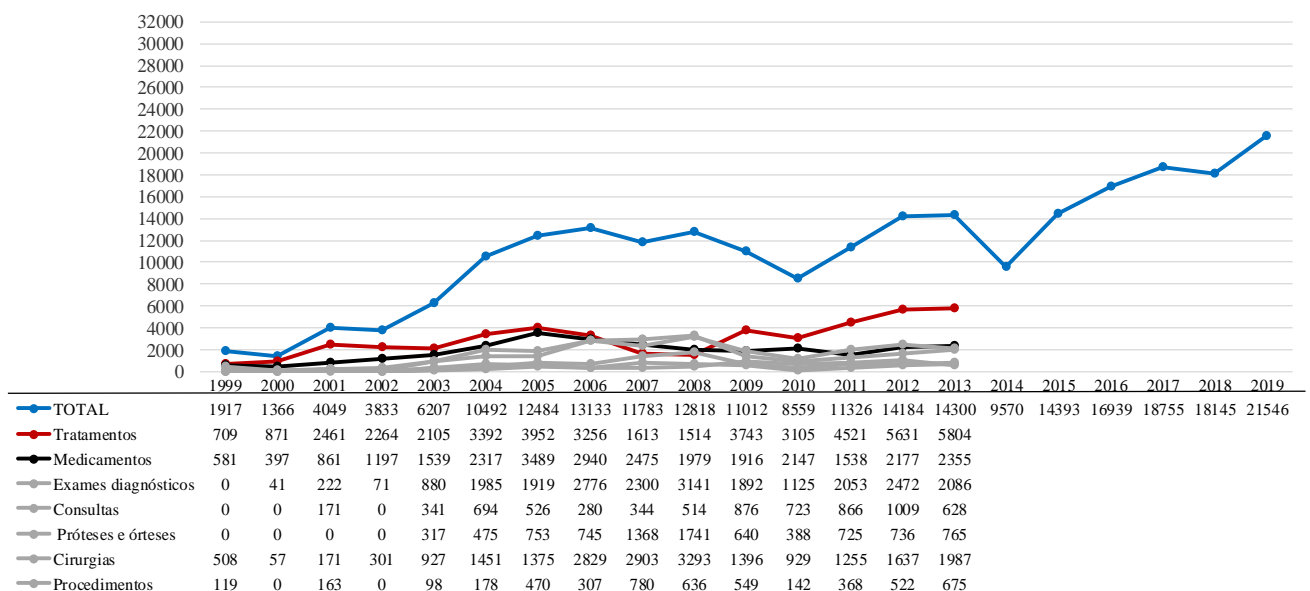
A pediatria, por exemplo, é uma área que se encontra em crise, pois não há formação de profissionais por ser considerada uma especialidade pouco rentável. “Então, por exemplo, meninos de seis, sete anos, ou mais velhos, eles já são atendidos pelo médico generalista,

porque a pediatria não existe em muitos serviços (Participante 4). A composição etária da população (com a diminuição das taxas de fecundidade e de nascimentos) também é um componente explicativo da diminuição do interesse na formação em pediatria.

Neurologia e neurocirurgia



Oncologia



Fonte: Relatórios *Defensoría del Pueblo*, 2004 a 2020 (elaboração e cálculos próprios). Dados completos no Apêndice 10.

Figura 18 - Gráficos da evolução histórica do volume de tutelas em saúde e dos itens solicitados, nas especialidades neurologia/neurocirurgia e oncologia, Colômbia, 1999-2019.

Ao discutir as barreiras de acesso do Sistema, a Participante 12 relata o caso do município de Cali (capital do departamento Valle de Cauca), onde a atenção oncológica é

deficitária, impedindo que as pessoas tenham tratamento adequado e oportuno. Por exemplo, crianças residentes em áreas rurais com cânceres comuns na infância, como leucemia ou linfoma, obtém o diagnóstico quando já estão em um grau avançado da doença, geralmente em hospitais de urgência, devido à agudização do seu quadro clínico. No período de internação, essas crianças iniciam a quimioterapia (algumas vezes após a interposição de tutela pelos pais, contra as EPS, com a ajuda do próprio hospital), mas ao saírem de seu episódio de hospitalização aguda, não há garantia de continuidade do tratamento.

(...) as EPS já não tinham mais contrato com essa União Oncológica, tinham que passar para outro lado; o médico se demitia porque não lhe pagavam, então já perdia esse vínculo que já vinha se fazendo dos médicos com as crianças; eram mudados de Instituição Prestadora de Saúde sem motivo ou porque na IPS interromperam o serviço porque não a pagavam. Então, era uma tragédia e segue sendo uma tragédia a atenção oncológica em Cali, e em todo o país! (Participante 12, tradução nossa).

As barreiras referentes aos trabalhadores de saúde devido à rotatividade (pelo vencimento dos contratos, demissões ou insatisfação profissional) geram consequências importantes para a saúde da população, como comorbidades e complicações, pois leva a grandes períodos de espera para atendimento e perda do vínculo. Há ainda o aumento das demandas por serviços POS/PBS relacionado à falta de conhecimento sobre os Planos por parte dos trabalhadores das EPS, responsáveis pela emissão das autorizações. Além disso, os escritórios regionais de algumas entidades não têm autonomia para tomar decisões quanto às solicitações dos usuários, tornando-se locais para receber queixas e reclamações, enquanto as decisões são realizadas em nível central (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2020).

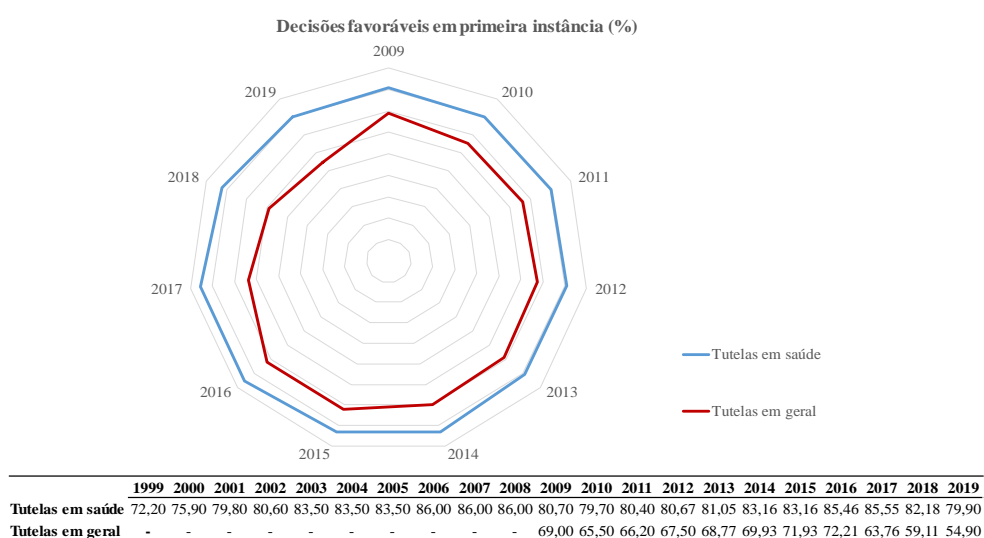
Vale lembrar a existência de trâmites burocráticos ambíguos e complexos, os quais acabam se tornando mais uma barreira de acesso. A Participante 13 relata que, por já ter atuado em instituições de saúde, percebeu o quanto as inúmeras regras e mudanças pontuais nos caminhos para a assistência e obtenção de tecnologias são usadas pelas organizações, aproveitando a baixa compreensão, pela população geral, de todos os processos:

(...) As pessoas comuns não entendem essas discussões, porque as pessoas comuns chegam hoje e lhe dizem “veja, tem que pagar esse dinheiro, porque esse pacote não está incluído”. E amanhã lhe dizem: “não, já está incluído. Já não tem que pagar pelos seus medicamentos”. Ou chega amanhã e lhe dizem: “Olha, você tem que se registrar nesse novo formato, porque tem que ir para outro lado”. “Ah, sua tutela? Sua tutela não podemos dar, agora tem que voltar a esse novo formato”. É formato, documento, processo, assim funciona (Participante 13, tradução nossa, aspas da entrevistada).

Em um importante estudo sobre as questões burocráticas e administrativas do SGSSS, Abadía-Barrero e Oviedo (2009) demonstraram que as demandas institucionais, custos do

asseguramento, taxas extras e mesmo o judiciário se tornaram uma dinâmica burocrática que se sobrepõem aos cuidados em saúde. Esse processo, que os autores chamaram de Itinerários Burocráticos, vai na contramão do clássico itinerário do cuidado da antropologia médica, no qual a trajetória do paciente era determinada por seu estado de saúde e pelas opções terapêuticas disponíveis. Em outras palavras, o Sistema cria cada vez mais novos tipos de itinerários que não estão relacionados à situação de saúde das pessoas ou à avaliação médica, mas sim à adequação às normas administrativas e ao impacto orçamentário (ABADÍA-BARRERO; OVIEDO, 2009).

Esses itinerários podem envolver ainda a busca pela justiça, devido ao recebimento de uma negativa, ou o fato de não se encontrar a passagem dentro do sistema, além da necessidade novos itinerários, recuos a passos anteriores e mesmo recomeços. Todo esse processo e a espera para iniciar o tratamento, aumenta o sofrimento e pode causar piora no estado de saúde das pessoas (ABADIA- BARRERO; OVIEDO, 2009). Ressalta-se que, embora o itinerário judicial também ocasione no aumento do tempo para resolução dos problemas de saúde, as tutelas representam para as pessoas a garantia de que, ao final do caminho, será possível acessar o Sistema, uma vez que a taxa de decisões favoráveis aos demandantes na primeira instância ultrapassou 70% em toda série histórica estudada, superando os números referentes às tutelas em geral (Gráfico 5).



Fonte: Relatórios *Defensoría del Pueblo*, 2004 a 2020 (elaboração e cálculos próprios). Dados das tutelas em geral disponíveis somente a partir de 2009.

Gráfico 5 - Evolução histórica da taxa de decisões favoráveis na primeira instância para tutelas em saúde e tutelas em geral, Colômbia, 1999-2019.

Tal cenário evidencia as diversas formas de violação do direito à saúde por parte dos órgãos e entidades que deveriam protegê-lo. Em uma amostra dos pedidos contidos nas tutelas entre 1999 e 2018, a *Defensoría del Pueblo* classificou os itens demandados de acordo com sua cobertura, POS/PBS ou Não-POS/PBS. Ao se analisar os quatro tipos de pedidos mais frequentes dessa amostra, verificou-se que a maioria dos tratamentos, exames e procedimentos (85,87%), consultas (95,57%) e cirurgias (83,7%), referiam-se a serviços incluídos. De forma inversa, 66,48% dos medicamentos foram classificados como Não-POS/PBS (Tabela 5). Ressalta-se que apesar da superioridade de demandas por serviços POS/PBS, o montante de recursos envolvidos é menor do que no caso dos medicamentos Não-POS/PBS, já que, geralmente, tratam-se de tecnologias de alto custo (Participante 9).

O cruzamento entre a cobertura dos itens demandados (POS/PBS ou Não-POS/PBS) com o regime dos usuários (contributivo ou subsidiado), entre 2003 e 2019, evidenciou uma mudança de perfil das ações ao longo do tempo. Em todo o período, a maior parte dos pedidos de usuários do regime contributivo se referiu a serviços e tecnologias POS/PBS, mas no caso do subsidiado, de 2006 a 2008, a magnitude de pedidos Não-POS/PBS foi superior (Figura 19). Esse resultado pode ser explicado pelo fato dos planos dos dois regimes ainda serem diferentes nesse momento, ou seja, alguns itens incluídos no Plano do contributivo estavam fora da lista do regime subsidiado, sendo classificados como Não-POS. A partir de 2008, com a Sentença T-760, a igualação dos planos foi iniciada e, novamente, os pedidos POS/PBS foram os mais observados também para o regime subsidiado.

Tabela 5 - Itens solicitados via tutela em saúde segundo a cobertura (inclusão ou não no POS/PBS), Colômbia, 1999-2018.

Pedidos	Cobertura ¹					
	POS/PBS		Não-POS/PBS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Tratamentos, Exames e Procedimentos	1058451	85,87	174150	14,13	1232601	100
Medicamentos	226264	33,52	448846	66,48	675110	100
Consultas	359709	95,57	16692	4,43	376401	100
Cirurgias	339359	83,70	66068	16,30	405427	100
TOTAL	1983783	73,76	705756	26,24	2689539	100

¹Dados desagregados por cobertura disponíveis somente até 2018.

A partir de 2009, ao se comparar a proporção de demandas de cada regime, dentro de cada categoria de cobertura, verificou-se que até 2014, entre todos os pedidos POS/PBS, houve predomínio de demandas do regime subsidiado; de 2015 a 2017 do contributivo e em 2018 e 2019, a situação se inverteu novamente (Figura 19). Importante destacar que nesse

mesmo período, ao se isolar todas as demandas classificadas como Não-POS/PBS, foi encontrado que, em 2011 e a partir de 2016, o maior percentual se referia a usuários do regime subsidiado. Nos outros anos, dentre todos os pedidos Não-POS/PBS, a maioria era originada do regime contributivo. Em síntese, do ponto de vista estatístico, até 2015, apesar das demandas por itens POS/PBS apresentarem maior volume, o fato do tutelante pertencer ao regime contributivo aumentava a chance de o pedido ser Não-POS/PBS ($p < 0,001$). De 2016 em diante, entretanto, ano seguinte à publicação da Lei Estatutária, a maior chance de se apresentar pedido Não-POS/PBS passou a ser de usuários do subsidiado (Tabela 6).

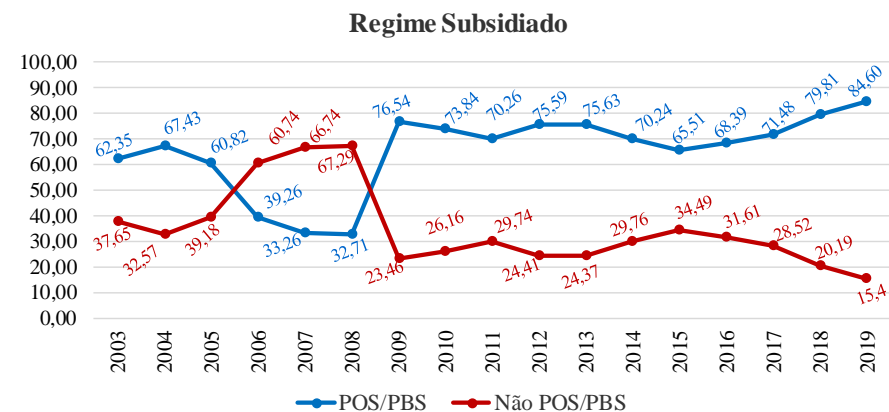
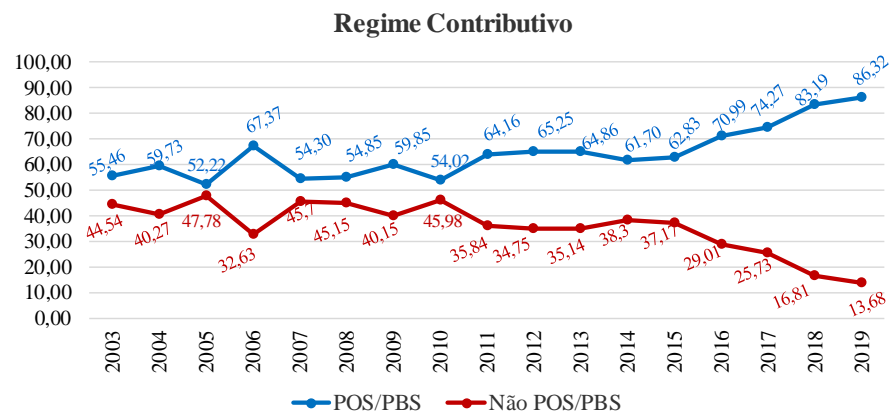
Esses resultados além de escancararem os problemas de acesso aos serviços, tendo em vista a predominância histórica de pedidos POS/PBS nos dois regimes, evidenciam o abuso no uso da tutela, não somente pelos usuários, ao solicitarem itens Não-POS/PBS de alto custo, mas particularmente pelas entidades do SGSSS. Um exemplo nesse sentido, conforme relata Borrero-Ramírez (2014), é o fomento ao uso das tutelas pelas próprias EPS para poderem receber os reembolsos pelas tecnologias Não-POS/PBS. Como abordado no capítulo anterior, os chamados *recobros* se tornaram rentáveis para as seguradoras:

Então, a EPS recebe um valor X por cada pessoa que ele tem que atender. Se você não entrega o que você tem que entregar e ele tem que entrar na justiça para pedir o medicamento, depois o Ministério te reembolsava aquele medicamento, ressarcia aquele medicamento, e não tinha nenhum controle de preço (Participante 4).

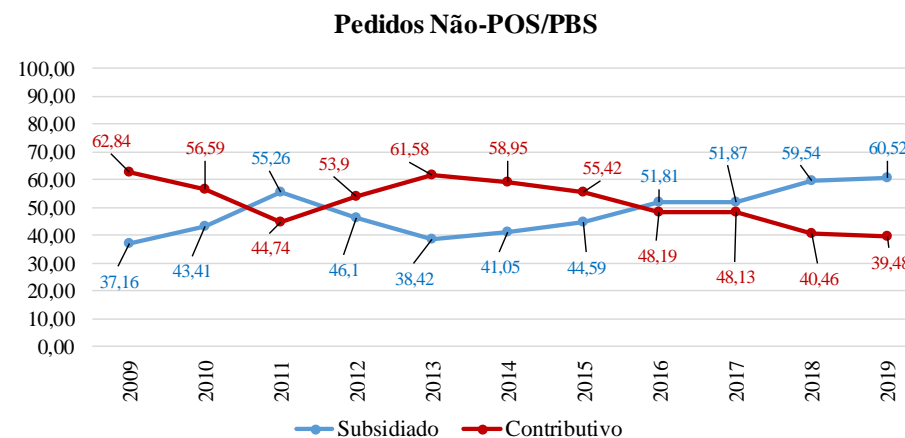
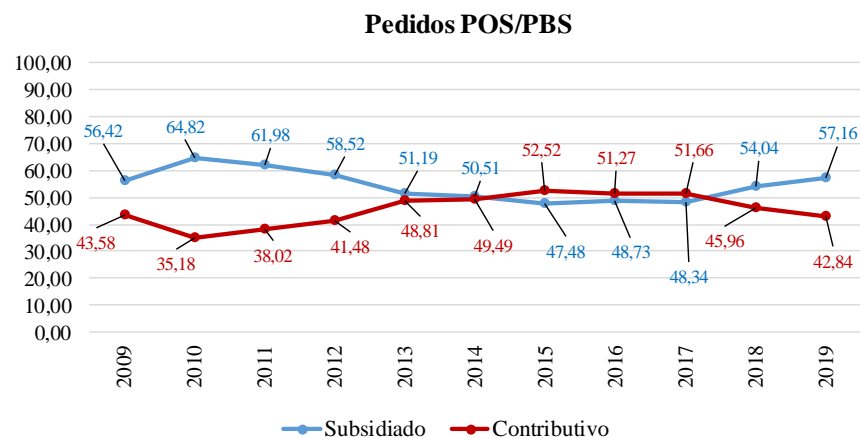
Foi consenso entre os entrevistados o uso das tutelas como forma adicional de obtenção de lucros pelas EPS, tanto pelas negativas, que geram economia para as entidades, quanto pelo recebimento em dobro por um serviço ou tecnologia que, em tese, já estaria pago pela UPC. Essa instrumentalização econômica das tutelas por parte das EPS não se deu desde o início do processo de litigação da saúde no país. Segundo a Participante 13, há alguns anos, o recebimento de uma ação de tutela por uma entidade era motivo de preocupação, pois quando a ordem não era cumprida, o presidente ou representante legal da seguradora recebia ordem de prisão, apesar de seu nível socioeconômico e status político.

Estamos falando de gente que ganha muito dinheiro. Na Colômbia, ser líder, presidente de seguradora, é um posto de altíssimo nível e renome, porque ganha muitíssimo dinheiro, e tem muitos contatos e tem muitíssima influência política, não só no campo da saúde. Então, claro, eles estavam muito preocupados para entregar esses produtos ou serviços (Participante 13, tradução nossa).

Por regime¹



Por cobertura²



Fonte: Relatórios *Defensoría del Pueblo*, 2004 a 2020 (elaboração e cálculos próprios). Dados completos no Apêndice 11.

¹Entre 2003 e 2008, os Relatórios apresentaram somente a porcentagem de POS/PBS e Não-POS/PBS segundo o regime, sendo possível o cálculo da proporção entre os regimes dentro de cada categoria de cobertura somente a partir de 2009.

Figura 19 - Gráficos evolução histórica dos itens solicitados via tutelas em saúde, por ano, segundo regime (2003-2019) e cobertura (2009-2019), Colômbia.

Tabela 6 - Relação entre a cobertura dos itens solicitados via tutela em saúde e o regime do demandante, Colômbia, 2009-2019.

		Cobertura dos pedidos ¹					
	Regime ¹	POS/PBS n (%)	Não-POS/PBS n (%)	p	RC	IC 95%	
2009-2019	Subsidiado	1065659 (53,81)	358135 (48,87)	< 0,001	1,22	1,21-1,23	
	Contributivo	914609 (46,19)	374642 (51,13)				
2009	Subsidiado	58131 (56,42)	17813 (37,16)	< 0,001	2,19	2,14-2,24	
	Contributivo	44910 (43,58)	30124 (62,84)				
2010	Subsidiado	58184 (64,82)	20618 (43,41)	< 0,001	2,40	2,35-2,46	
	Contributivo	31578 (35,18)	26880 (56,59)				
2011	Subsidiado	81236 (61,98)	34383 (55,26)	< 0,001	1,32	1,29-1,35	
	Contributivo	49841 (38,02)	27842 (44,74)				
2012	Subsidiado	79363 (58,52)	25622 (46,10)	< 0,001	1,65	1,62-1,68	
	Contributivo	56243 (41,48)	29955 (53,90)				
2013	Subsidiado	65008 (51,19)	20948 (38,42)	< 0,001	1,68	1,65-1,72	
	Contributivo	61993 (48,81)	33580 (61,58)				
2014	Subsidiado	59973 (50,51)	25407 (41,05)	< 0,001	1,47	1,44-1,49	
	Contributivo	58772 (49,49)	36485 (58,95)				
2015	Subsidiado	72433 (47,48)	38132 (44,59)	< 0,001	1,12	1,11-1,14	
	Contributivo	80112 (52,52)	47394 (55,42)				
2016	Subsidiado	98826 (48,73)	45674 (51,81)	< 0,001	0,88	0,87-0,90	
	Contributivo	103975 (51,27)	42491 (48,19)				
2017	Subsidiado	129566 (48,34)	51697 (51,87)	< 0,001	0,87	0,86-0,88	
	Contributivo	138457 (51,66)	47966 (48,13)				
2018	Subsidiado	165866 (54,04)	41957 (59,54)	< 0,001	0,80	0,79-0,81	
	Contributivo	141051 (45,96)	28512 (40,46)				
2019	Subsidiado	197073 (57,16)	35884 (60,52)	< 0,001	0,87	0,86-0,89	
	Contributivo	147677 (42,84)	23413 (39,48)				

¹Dados completos por cobertura e regime disponíveis somente a partir de 2009.

²Teste de Qui-Quadrado e cálculo da Razão de Chances e intervalo de confiança realizados no pacote estatístico R-4.2.1.

As EPS, então, adaptaram-se ao contexto de litigância e aprenderam com ele, com vistas a garantir maior transferência de recursos pelo FOSYGA, começando a classificar indevidamente os itens POS/PBS como Não-POS/PBS e a orientar seus filiados a entrarem com uma ação de tutela (BORRERO-RAMÍREZ, 2014). Além disso, as entidades criaram sistemas jurídicos complexos, com equipes de advogados e juizados internos para responderem aos processos, verificarem o cumprimento das ordens e manterem diálogo com

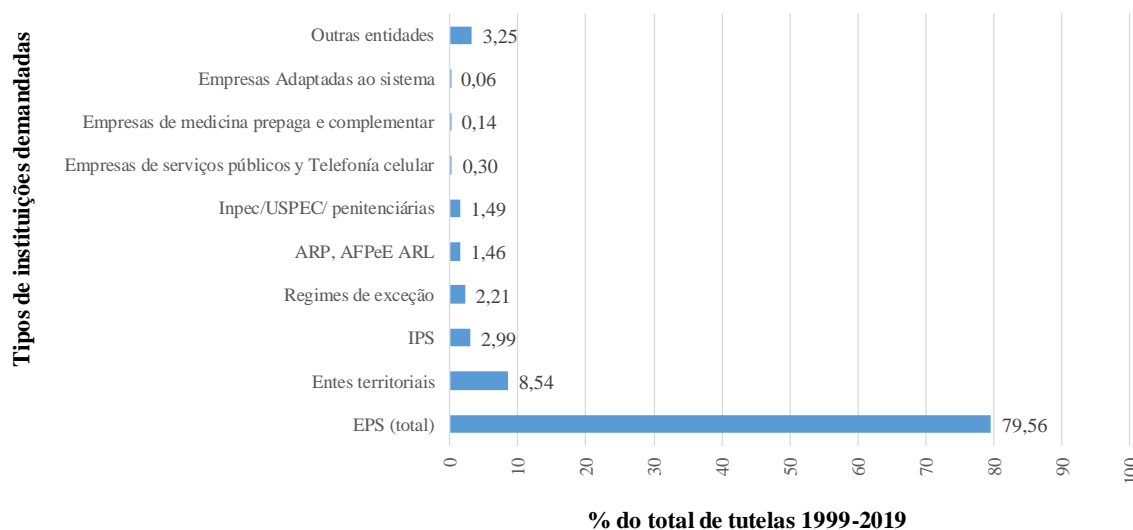
as cortes. Não há mais o receio de punição em caso de descumprimento e observa-se o aumento progressivo de ações de desacato.⁸⁰

Não entregam mais nada para as pessoas. Claro, ainda entregam, a ação de tutela ainda é efetiva, mas é comum que antes um paciente que fazia a ação de tutela, com um mês já tinha a resposta. Supostamente a ação de tutela tem um tempo de resposta curto, mas isso é falso. O que diz na norma não é o que passa na realidade. Hoje em dia, há pessoas que interpõem cinco ações de desacato em um ano e não recebem o produto nunca, o serviço ou o insumo (Participante 13, tradução nossa).

Em todo o período de estudo, as EPS foram as entidades mais demandadas via tutelas em saúde, o que era esperado, tendo em vista que são as verdadeiras condutoras do fluxo de recursos e serviços no sistema, por meio do pagamento (ou não) dos prestadores; da presença em determinados locais e ausência em outros; pela formação de uma rede de prestadores que obriga seus filiados a se deslocarem, além, claramente, de exercerem influência política e econômica sobre a organização do sistema. De 1999 a 2019 as ações tendo as EPS como instituições demandadas, representaram 79,56% do total de tutelas, seguidas pelos entes territoriais (departamentos, distritos, municípios e secretarias de saúde), com 8,54% (Gráfico 6). A ampla diferença entre o volume de tutelas contra as EPS e as outras instituições demonstra que a forma como a judicialização da saúde acontece na Colômbia é determinada pelas EPS, como pode ser observado pelo Gráfico 7, o qual permite a comparação da curva da evolução temporal do total de tutelas em saúde e das tutelas contra as EPS.

Importante ressaltar que entre as 81 EPS mais demandadas em toda a série histórica estudada, 61 (75,31%) eram privadas 13 (16,05%) eram estatais/públicas, sendo responsáveis, respectivamente, por 75,75% (n = 1.357.183) e 23,53% (n = 421.554) das tutelas dessa amostra (N = 1.791.756). Ao mesmo tempo, 50 (61,73%) pertenciam ao regime subsidiado; 21 (25,93%) ao contributivo; seis (7,41%) aos dois regimes simultaneamente e em quatro casos (4,94%), a informação sobre o regime da entidade não foi encontrada ou gerou dúvidas. Diversas EPS desse grupo foram liquidadas e/ou sofreram mudanças ao longo do tempo, como incorporação a outra EPS ou recebimento dos filiados de outra entidade em liquidação/liquidada (Apêndice 13). De acordo com a *Defensoría del Pueblo* (2019), tais resultados evidenciam a ineficiência das medidas tomadas pelo governo para conter as tutelas, como mudanças das normas e a implementação e aprimoramento das ações de inspeção, controle e vigilância das entidades, por meio da Supersalud.

⁸⁰O incidente de desacato é utilizado por grande parte dos usuários para proteção de seus direitos quando os demandados descumprem as ordens dos juízes. Somente o interessado pode iniciar o processo, mediante prova quanto à desobediência por parte da autoridade ou da entidade (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2020).



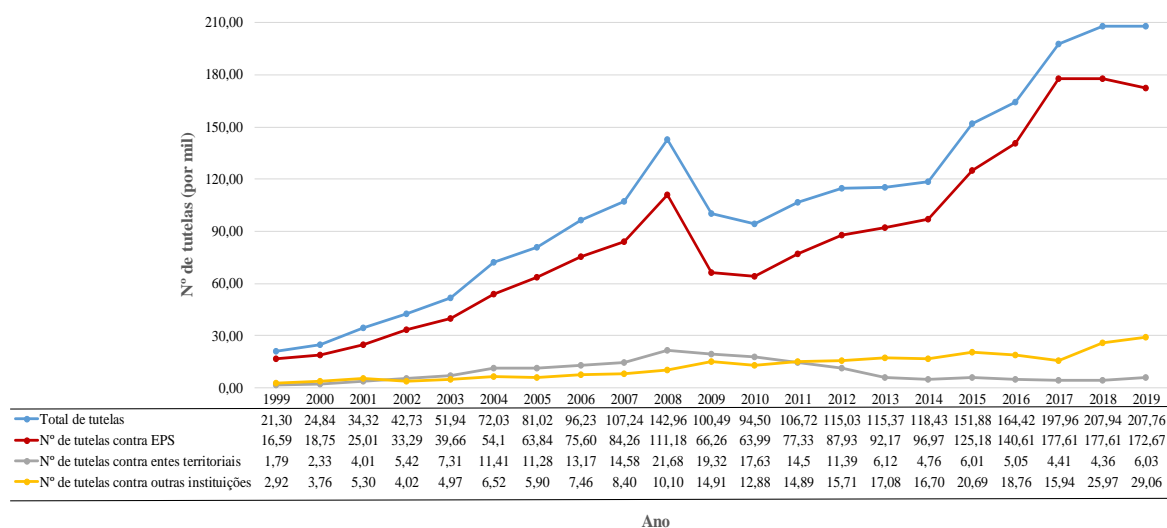
Fonte: Relatórios *Defensoría del Pueblo*, 2004 a 2020 (elaboração e cálculos próprios). Dados completos no Apêndice 12.

Gráfico 6 - Proporção de tutelas segundo o tipo de instituição demandada, Colômbia, 1999-2019.

Outro ator do mercado que também vem se aproveitando das tutelas para obter vantagens e aumentar sua lucratividade é a indústria farmacêutica (Participantes 4, 9 e 13), tendo em vista o volume de tutelas envolvendo medicamentos, principalmente Não-POS/PBS. “As farmacêuticas sentem que o melhor que aconteceu a elas foi que são os juízes que tomam as decisões sobre os medicamentos e produtos, porque são os juízes, finalmente, os que dizem sim (Participante 13, tradução nossa), ou seja, é “um ótimo negócio” (Participante 9). As Participantes 4 e 13 ressaltam ainda que a indústria coopta associações de pacientes, as quais passam a trabalhar em prol da judicialização para obterem os produtos. “Isso acaba socavando muito, debilitando muito o funcionamento do sistema mesmo (Participante 4).

Por outro lado, o Participante 9 vê a atuação de algumas associações e Organizações Não-Governamentais (ONGs) como uma forma de melhorar o acesso de pacientes do regime subsidiado à justiça, uma vez que, de forma geral, os filiados do regime contributivo têm maior possibilidade de contratar um advogado, ou mesmo maior conhecimento sobre o processo para tomarem alguma iniciativa de forma autônoma. A Participante 12 complementa citando casos de pessoas de baixa renda, que conseguem utilizar a ação de tutela quando têm algum capital social e/ou cultural, como formação básica, curso técnico ou superior incompleto e mesmo experiência sindical ou com movimentos sociais. Tais situações, no entanto, são minoria nesse estrato da população e as associações e ONGs são as grandes apoiadoras para que essas pessoas consigam acessar a justiça.

Geralmente, para fazer uso da ação de tutela, fazem as pessoas que têm um mínimo nível de formação. (...). As pessoas não sabem sua enfermidade, não a entendem, não sabem que podem ser curadas, as pessoas não conhecem seus direitos, têm medo de usar a tutela, porque creem se utilizam um mecanismo de exigibilidade jurídica vão lhe atender de forma pior (Participante 12, tradução nossa).



Fonte: Relatórios Defensoría del Pueblo, 2004 a 2020 (elaboração e cálculos próprios). Dados completos no Apêndice 12.

Gráfico 7 - Evolução histórica das tutelas em saúde contra EPS, entes territoriais e outras instituições, Colômbia, 1999-2019.

Novamente, a desigualdade se mostra um fator preponderante para o acesso aos serviços de saúde na Colômbia, ao estar associada também ao acesso à justiça. Isso significa que a população mais vulnerabilizada se encontra duplamente excluída ao ter seu direito à saúde inviabilizado por barreiras do sistema e por não conhecer ou conseguir percorrer a via judicial. Ressalta-se que, assim como no caso saúde, as barreiras culturais e sociais para o acesso à justiça estão diretamente relacionadas às barreiras e desigualdades territoriais. Conforme lembra a Participante 12, as grandes cidades do centro do país, como Bogotá e Medellín, são mais desenvolvidas, apresentam maior nível educacional e uma institucionalidade mais forte em todas as áreas.

Como abordado no capítulo que discute o contexto social do país, as regiões dispersas, fronteiriças, rurais, florestais e montanhosas determinam sobremaneira o acesso aos serviços de forma geral. No departamento do Amazonas, por exemplo, somente a capital Letícia e Puerto Nariño - que tem um quarto do porte de Letícia e fica a uma hora por transporte fluvial - possuem tribunais. O restante da população está em comunidades indígenas, cuja chegada só é possível por transporte aéreo, como no caso do município de La Pedrera (Participante 4).

A presença de um tribunal em Letícia, entretanto, não é acompanhada de uma institucionalidade efetiva do sistema de saúde e as ações por tratamentos e medicamentos acabam não sendo resolutivas para o acesso aos serviços, porque a própria infraestrutura clínica do município não é resolutiva (MARÍN; CAMPIÑO; TEJADA, *et al.*, 2010-2011). Devido a esse contexto, os autores encontraram que a maior parte das ações judiciais se referia a demandas por transporte para acessar serviços em Bogotá. A Participante 4 também comenta esse estudo e enfatiza o quanto a debilidade da rede de saúde e as barreiras geográficas na região determinaram o perfil das tutelas (Participante 4).

Paralelamente, ao se ajustar o volume de tutelas pela população de cada departamento, observa-se que, historicamente, os departamentos de Vichada, La Guajira, Putumayo e Chocó têm as mais baixas taxas de litigância (Apêndice 14), apesar das inúmeras e graves vulnerações ao direito à saúde nesses territórios. Há ainda municípios que não apresentam tutelas, mesmo não podendo contar com cuidados de saúde (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2019; 2020).

Então, claramente, aquelas pessoas não têm como entrar na justiça. Então, é por isso que já te falava que tem uma relação em que a judicialização prejudica as pessoas mais necessitadas, porque quem tem mais acesso à via judicial é quem tem mais recurso. Então, é por isso que a maior parte das ações acontece nas áreas urbanas maiores e nos que têm maior desenvolvimento urbano. Isso faz com que tenha mais tribunais, um maior nível de educação e que tu seja mais informado, e maior possibilidade de contato com associações de pacientes (Participante 4).

A interface entre o fenômeno da judicialização da saúde e a desigualdade se reflete também na análise estatística das tutelas, sendo observada uma correspondência entre maiores taxas de litigância e maior desenvolvimento. Entre 2007 e 2015, o volume de tutelas por 10 mil habitantes⁸¹ por departamento apresentou uma correlação positiva com o IDH subnacional⁸² (Tabela 7). Ao mesmo tempo, os testes com as taxas nacionais da série histórica evidenciaram uma correlação positiva entre o número anual de tutelas por 10 mil habitantes com o IDH; com a proporção de população urbana; com a expectativa de vida e com os indicadores econômicos PIB, PIB *per capita*, PNB e PNB *per capita*. Os indicadores relacionados à desigualdade, condições de vida e assistência à saúde (Índice de Gini, taxa de desemprego, taxa de mortalidade infantil, mortalidade em menores 5 anos, mortalidade

⁸¹O total de tutelas foi normalizado pela população de cada localidade (nº de tutelas/10 mil habitantes) para possibilitar a comparação entre os departamentos. Fonte: Relatórios *Defensoría del Pueblo* (2004; 2007; 2009; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019; 2020).

⁸²IDH por departamento. Fonte: Nijmegen Center for Economics (NiCE)/Institute for Management Research, Radboud University. Global Data Lab. Disponível em: <https://globaldatalab.org/shdi/shdi/BRA+COL/?levels=1%2B4&interpolation=1&extrapolation=0&nearest_real=0>. Acesso em 05 out. 2021.

neonatal e mortalidade materna) apresentaram uma correlação negativa com o número de tutelas ajustado pela população (Tabela 8).

Esses resultados convergem a uma percepção dominante na literatura (MARÍN; CAMPIÑO; TEJADA, *et al.*, 2010-2011; VÉLEZ-ARANGO; GONZÁLEZ-LÓPEZ, 2015), de que a judicialização da saúde é um fenômeno iníquo, que além de favorecer quem busca a justiça, reforça padrões de distribuição de recursos e de acesso do próprio sistema. A Participante 4 compartilha dessa visão e acredita que há um aprofundamento das desigualdades devido à intervenção do sistema de justiça. “A judicialização acaba piorando a iniquidade, porque quem tem acesso ao judiciário é quem tem recurso e quem tem recurso é porque está no contributivo. O contributivo tem mais acesso a especialista, acesso à tecnologia mais nova” (Participante 4). Além disso, sendo o contributivo um regime vinculado ao trabalho formal, a correlação inversa entre o volume de tutelas e a taxa de desemprego reafirma a percepção da judicialização enquanto um marcador de desigualdade.

Outra crítica comumente trazida para a discussão da judicialização no país é o aumento dos gastos em saúde como umas das consequências mais negativas do alto volume de tutelas, provocando sérios impactos para o orçamento público (BETANCUR, 2013; MONTEALEGRE, 2011). Para Betancur (2013), os juízes constitucionais ignoram a sustentabilidade financeira do sistema e, além de sobrecarregarem o próprio sistema judicial com o que o autor chama de “excessivo protecionismo” (p.175), subvertem a programação orçamentária anual, o que prejudica a realização do direito à saúde.

Para se ter uma ideia da dimensão desse impacto no orçamento da saúde, Restrepo e Mejía (2007) observaram um aumento progressivo do uso dos recursos do sistema com o pagamento pelas tutelas e reembolsos, passando de uma proporção de 0,9% da UPC em 2003, para 4,7% em 2006. Castrillón (2017), por sua vez, a partir de uma retrospectiva dos gastos diretos e indiretos com as tutelas entre 1992 e 2016, utilizando a correção pelo Índice de Preços ao Consumidor (IPC)⁸³ para valores de 2016, estimou um custo de mais de 4,3 bilhões de pesos com ações em saúde (incluindo ações ordinárias e extraordinárias), o que representou 19,4% do orçamento para a saúde de 2017.

⁸³É uma medida da variação no preço de uma cesta de bens e serviços, representativa do consumo das famílias do país. Seu cálculo permitir o ajuste dos preços pela inflação ao longo do tempo e, assim, possibilita a compreensão da evolução da economia do país e a comparação com outros países. Na Colômbia, o cálculo do IPC é realizado pelo Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) e a cesta de bens e serviços é composta por alimentos e bebidas não alcoólicas; bebidas alcoólicas e tabaco; roupas e calçados; moradia, água, energia elétrica, gás e outros combustíveis; saúde; educação; entre outros (DANE. Índice de Precios al Consumidor – IPC. Disponível em: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/precios-y-costos/indice-de-precios-al-consumidor-ipc>. Acesso em 29 nov. 2022).

Tabela 7 - Caracterização estatística e correlação entre o número de tutelas por 10 mil habitantes por departamento e o IDH subnacional, Colômbia, 1999-2019.

Caracterização estatística dos indicadores ¹									
Variáveis	\bar{x}	D.P.	Mín.	Máx.	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Normalidade ³	
Tutelas/10 mil habitantes (por departamento)	1999- 2003 ²	5,11	4,36	0,40	22,10	1,90	4,40	7,50	<0,001
	2003	7,41	6,66	0,60	30,20	2,00	5,40	11,10	0,001
	2004	10,39	9,19	0,60	42,90	4,00	7,30	14,60	0,001
	2005	11,14	10,16	0,90	47,10	3,60	7,90	14,60	<0,001
	2006	14,74	13,10	0,50	52,30	4,40	10,00	20,30	<0,001
	2007	16,71	13,81	0,70	55,80	6,50	12,40	25,30	<0,001
	2008	22,45	18,88	1,48	77,13	9,51	18,98	27,05	<0,001
	2009	17,21	13,17	1,95	59,45	8,22	13,71	21,87	<0,001
	2010	17,39	12,69	3,13	65,92	9,58	12,88	23,08	<0,001
	2011	20,86	14,28	4,77	72,81	11,07	14,85	29,08	<0,001
	2012	22,76	15,28	4,01	76,65	13,02	16,42	28,25	<0,001
	2013	22,10	14,79	5,37	78,83	12,06	17,39	27,41	<0,001
	2014	23,31	16,40	4,86	83,42	12,78	16,30	32,79	<0,001
	2015	30,43	20,41	7,50	96,09	15,86	24,88	38,51	0,001
	2016	32,78	20,87	6,93	95,83	17,80	26,09	38,34	0,003
	2017	40,47	28,09	9,92	19,89	19,88	32,88	48,19	<0,001
	2018	41,40	25,48	8,32	102,29	21,53	35,20	49,99	0,003
	2019	44,45	26,79	11,74	102,93	25,26	38,58	56,49	0,003
	IDH subnacional	1999-2003 ⁴	0,662	0,035	0,604	0,724	0,630	0,665	0,689
2003		0,661	0,032	0,602	0,724	0,637	0,661	0,684	0,686
2004		0,675	0,032	0,613	0,740	0,648	0,673	0,699	0,878
2005		0,678	0,032	0,615	0,746	0,656	0,675	0,702	0,903
2006		0,684	0,029	0,631	0,753	0,664	0,682	0,702	0,791
2007		0,695	0,028	0,651	0,766	0,677	0,692	0,712	0,213
2008		0,699	0,028	0,659	0,773	0,681	0,691	0,718	0,087
2009		0,700	0,028	0,658	0,775	0,681	0,694	0,720	0,159
2010		0,706	0,030	0,656	0,782	0,682	0,704	0,726	0,632
2011		0,711	0,030	0,666	0,786	0,692	0,711	0,731	0,379
2012		0,716	0,031	0,659	0,789	0,697	0,717	0,735	0,913
2013		0,719	0,032	0,648	0,791	0,700	0,722	0,743	0,999
2014		0,730	0,034	0,642	0,800	0,709	0,732	0,758	0,879
2015		0,733	0,037	0,629	0,801	0,709	0,738	0,762	0,292
2016		0,738	0,037	0,634	0,806	0,713	0,743	0,767	0,318
2017		0,739	0,037	0,635	0,807	0,715	0,745	0,769	0,289
2018		0,740	0,037	0,636	0,809	0,716	0,746	0,770	0,304
2019		0,744	0,037	0,639	0,813	0,719	0,750	0,774	0,307
Correlação ⁵									
Variáveis	Nº tutelas/10 mil habitantes (por departamento)								
	Ano	RHO	p	Ano	RHO	p	Ano	RHO	p
IDH subnacional	1999-2003	0,135	0,455	2008	0,459	0,007	2014	0,504	0,003
	2003	0,161	0,370	2009	0,531	0,001	2015	0,417	0,016
	2004	0,142	0,432	2010	0,490	0,004	2016	0,334	0,057
	2005	0,151	0,400	2011	0,460	0,007	2017	0,338	0,055
	2006	0,312	0,077	2012	0,511	0,002	2018	0,328	0,063
	2007	0,370	0,034	2013	0,521	0,002	2019	0,260	0,144

¹Cálculos realizados no pacote estatístico R-4.2.1. Dados completos nos Apêndices 14 e 15.

²Relatório 2004: Disponibilidade somente da média da taxa de tutelas/10 mil hab. de 1999 a 2003. Taxa de 2003 foi disponibilizada separadamente no relatório de 2007.

³Teste de normalidade Shapiro-Wilk (SOARES; SIQUEIRA, 2002).

⁴Utilizada a média do IDH subnacional de 1999 a 2003, em conformidade à taxa de tutelas por 10 habitantes.

⁵Correlação de Spearman - RHO (PAGANO; GAUVREAU, 2006).

Tabela 8 - Correlação entre o número de tutelas por 10 mil habitantes e indicadores econômicos, sociais, epidemiológicos e de gastos em saúde, Colômbia, 2003-2019.

Caracterização estatística ¹								
Variável ²	\bar{x}	D.P.	Mín.	Máx.	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Normalidade ³
Nº tutelas/10 mil hab.	23,29	11,11	7,41	44,45	16,71	22,10	30,43	0,197
Correlação ⁴								
Variáveis		Nº tutelas/10 hab.						
		<i>RHO/ COR</i>		<i>p</i>				
Índice de Gini		-0,843	<0,001					
IDH		0,905	<0,001					
Taxa de desemprego (% do total da força laboral)		-0,755	<0,001					
Vulnerabilidade ocupacional (% total de trabalhadores)		0,035	0,894					
População urbana (% da população)		0,942	<0,001					
PIB, PPC (valores correntes \$) em bilhões		0,955	<0,001					
PIB <i>per capita</i> PPC (valores correntes \$)		0,942	<0,001					
PNB PPC (valores correntes \$) em bilhões		0,958	<0,001					
PNB per capita PPC (valores correntes \$)		0,946	<0,001					
Expectativa de vida (anos)		0,917	<0,001					
Mortalidade infantil (por mil)		-0,939	<0,001					
Mortalidade menores 5 anos (por mil)		-0,937	<0,001					
Razão de Mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos)		-0,904	<0,001					
Taxa de mortalidade neonatal (por 1.000 nascidos vivos)		-0,936	<0,001					
Gastos públicos com saúde (% PIB)		0,864	<0,001					
Gastos privados com saúde (% PIB)		0,922	<0,001					
Gasto do próprio bolso com saúde (% gasto total em saúde)		0,047	0,859					
Risco de gastos catastróficos por atenção cirúrgica		-0,635	0,006					

¹Cálculos realizados no pacote estatístico R-4.2.1. Dados completos nos Apêndices 4, 5, 6 e 8.

²Caracterização das demais variáveis para esse período foi realizada na Tabela 4 do capítulo anterior.

³Teste de normalidade Shapiro-Wilk (SOARES; SIQUEIRA, 2002).

⁴Correlação de Spearman (*RHO*) para teste com gastos privados em saúde. Correlação de Pearson (*COR*) para cruzamentos com os demais indicadores (PAGANO; GAUVREAU, 2006).

No presente estudo, a análise dos dados das taxas de tutelas ajustadas por 10 mil habitantes, entre 2003 e 2019, revelou uma correlação positiva do indicador, tanto com os gastos públicos, quanto com os gastos privados com saúde (Tabela 8). Por outro lado, é mister destacar que também foi encontrada uma correlação com o risco de gastos catastróficos por atenção cirúrgica, porém negativa. Em outras palavras, as tutelas em saúde parecem estar relacionadas à proteção de pessoas e famílias contra esses gastos.

Os resultados discutidos até aqui evidenciam que a análise da judicialização da saúde no país não é simples, nem exata. Há diversas questões e nuances que levam a argumentos contrários e mesmo restritivos ao uso da via judicial como caminho para se garantir o acesso aos serviços e tecnologias em saúde, como o aprofundamento da desigualdade, o abuso na sua utilização, a confluência de interesses, o desvio de recursos, entre outros. Ressalta-se que uma

das principais críticas presentes nas discussões sobre o tema se refere ao modelo de litigância, o qual está diretamente relacionado aos outros questionamentos: a limitação da tutela ao âmbito individual. Para Silva (2011), apesar de sua importância social e histórica, devido à sua celeridade, eficácia e precedência, a tutela vem sendo usada de forma indiscriminada, deslegitimando outros remédios jurídicos e sendo apontada como causadora de uma “preocupante desarticulação institucional e uma grave insegurança jurídica (SILVA, 2011, p.76).

Paralelamente, o Participante 9 percebe esse modelo de judicialização como uma forma de fortalecer “uma visão individualista e prestacional do direito à atenção médica” e que saúde não é, e não deveria ser, restrita à assistência individual centrada no médico, devendo incluir todos os determinantes de condições de vida (Participante 9, tradução nossa). A Participante 10, por sua vez, atribui grande parte das tutelas a deficiências do sistema de saúde causadas pelo modelo individualista de atenção, que não prioriza o componente coletivo e a prevenção (Participante 10).

O que essas falas indicam é que a forma como a judicialização ocorre na Colômbia - mais do que aprofundar a visão individualista de saúde ou ser consequência de falhas do sistema causadas por essa visão individualista - é um espelho da organização do sistema de saúde, do modelo de atenção e de como a saúde é percebida pelas pessoas. Em outras palavras, a alta prevalência de demandas individuais e prestacionais é um reflexo de como as políticas de saúde se organizam e são financiadas (por capitação, por procedimentos, por compra de leitos) e a visão hegemônica de como a sociedade entende a saúde (medicalizada, médico-centrada, determinada tecnologicamente). Se as EPS recebem os recursos por pessoa; se os prestadores são pagos por atendimento, por exame, por leito ou por medicamento; se os médicos são remunerados por consultas e são estimulados a prescrever, as tutelas, fatalmente, envolverão a busca por exames, consultas, internação, medicamentos e/ou tecnologias.

Mesmo a procura por especialidades parece refletir questões relacionadas ao modelo do Sistema. A Participante 4 relata que, apesar do médico generalista ser, oficialmente, a porta de entrada, sua formação não lhe prepara para resolver os problemas da população. “Ele quase que virou o obstáculo para a gente chegar no especialista. Mas, normalmente, ele tem muito pouco papel, sabe? Muito pouco para fazer, até mesmo pela percepção da sociedade de que quem sabe é o especialista. O generalista não serve para nada!” (Participante 4).

Em meio à essa discussão, a Participante 12 revela uma nova mudança de paradigma no entendimento do fenômeno: “a ação de tutela é um mecanismo individual, mas a judicialização não é um processo individual. Na minha opinião, antes de tudo, é um processo

coletivo”. Para a interposição da tutela, as pessoas buscam, individualmente, assessoramento de um advogado, orientações na internet, ou da própria *Defensoría del Pueblo*. O processo como um todo, entretanto, a partir do apoio dado aos usuários que não sabem e/ou não conseguem acessar a justiça, foi apropriado pelas associações de usuários e por organizações comunitárias que aprenderam que a tutela é um mecanismo para se efetivar o direito à saúde e aprenderam a colocá-lo em prática.

Hoje você encontra com um líder, um senhor de 60, 70 anos, de uma associação de usuários de saúde (...). Eles todos os dias ensinam às pessoas que têm direito, ensinam às pessoas que há um mecanismo individual para exigir esse direito, que se chama ação de tutela, acompanham as pessoas a fazerem a ação de tutela, acompanham o processo judicial e, uma vez feito tudo isso, conseguem que o direito à saúde se concretize em sua dimensão de prestação de serviços de saúde (Participante 12, tradução nossa).

Há ainda a ação popular, outra figura jurídica que foi incorporada à busca pela efetivação do direito à saúde, por meio da qual várias pessoas acionam a justiça para exigirem a proteção de um direito coletivo, como no caso de ações contra a lesão ao direito à saúde por problemas ambientais relacionados à mineração, ao uso de agrotóxicos, entre outros (Participante 12). Para a entrevistada, os mecanismos de exigibilidade jurídica, portanto, converteram-se em “mecanismos coletivos que possibilitam a organização e a mobilização social” por atores subalternos.

(...). Então, as organizações de trabalhadores, as organizações sociais, as organizações comunitárias, as organizações de pacientes, aprenderam, como um exercício político, a fazerem uso da ação de tutela para a exigência do direito à saúde. Então, por isso, para nós, a hipótese que temos sustentado é que a ação de tutela não é só um mecanismo liberal, individual, de exigir o direito, mas tem sido convertido, no caso colombiano, em um repertório de ação coletiva (Participante 12, tradução nossa).

Dessa forma, para além do entendimento da judicialização enquanto um obstáculo para o sistema de saúde, percebe-se o fenômeno como um marcador das questões estruturais do SGSSS e da sociedade, além de ser uma garantia para a efetivação do direito à saúde no país. De acordo com Arrieta-Gómez (2018), sem as ações individuais, não teria sido possível atingir os níveis de proteção e efetivação desse direito na Colômbia, o qual deve ser considerado como um “pré-requisito da democracia” (ARRIETA-GÓMEZ, 2018, p.142). Essa demarcação é de extrema importância, pois mesmo a saúde e o acesso à justiça sendo direitos constitucionais e considerados atributos do Estado Social de Direito, há questionamentos quanto à legitimidade democrática da atuação da Corte Constitucional.

As críticas, geralmente, envolvem a alegação de que pelo fato dos magistrados não serem eleitos por votação popular, suas decisões que culminam em mudanças na Constituição não seriam democráticas (BENÍTEZ-ROJAS, 2011). Ao analisar as alterações da Carta Política de 1991 trazidas pelas sentenças da Corte, o autor discorda dessa premissa, já que muitas delas visaram proteger minorias ou grupos excluídos do jogo político parlamentar, cumprindo, assim, os princípios constitucionais pluralistas e da busca pela igualdade. Vale lembrar ainda que, no caso de Cartas rígidas como a colombiana, as mudanças e adaptações à realidade social do país não devem se restringir a reformas constitucionais (BENÍTEZ-ROJAS, 2011).

As censuras dirigidas à Corte vêm acompanhadas, muitas vezes, de movimentos de restrição judicial liderados principalmente pelo governo, com a alegação da necessidade de se manter o equilíbrio fiscal (BETANCUR, 2013). Vale ressaltar que, embora o Congresso colombiano tenha permanecido distante durante muitos anos, seu apoio à Corte Constitucional se tornou evidente ao rejeitar projetos de lei que buscavam limitar o uso da tutela ou anular a jurisprudência constitucional (ARRIETA-GÓMEZ, 2018).

Nesse contexto, observa-se uma tensão permanente entre os “defensores do sistema” e o poder judiciário, sendo que os principais argumentos são de que os juízes são irresponsáveis, pois desconsideram os custos e desconhecem o campo da saúde (Participantes 9 e 11, aspas nossas). “Dizem que tem que acabar com a tutela em saúde, porque isso é o que faz, financeiramente, inviável o sistema. A tutela!” (Participante 9, tradução nossa). Essa visão do Executivo de que a judicialização é um problema relacionado quase que restritamente ao gasto econômico e à insustentabilidade financeira, oculta quais são os verdadeiros desafios. “O problema não é que as pessoas não têm acesso aos serviços, não é a taxa de mortalidade, não é a carga de incapacidade” (Participante 13, tradução nossa).

Essa preocupação em limitar o uso das tutelas e/ou combater a jurisprudência constitucional, em detrimento da busca pela correção dos problemas estruturais do sistema, ao invés de conter os impactos negativos da judicialização, impulsionou seu crescimento (ARRIETA-GÓMEZ, 2018). Como evidenciado na figura 15, o volume de tutelas manteve curva ascendente durante todo o período de estudo. Ao mesmo tempo, os dados revelam que a evolução das ações foi determinada, em grande medida, por marcos jurisprudenciais e políticos. Um dos mais importantes, a Sentença T-760 de 2008, como discutido no capítulo anterior, representou uma reforma do SGSSS e uma mudança na perspectiva do direito à saúde ao reconhecê-lo como fundamental. Em outros termos, além da baliza para os

instrumentos legais emitidos pós 2008 e da referência para a análise dos gastos em saúde,⁸⁴ a decisão da Corte Constitucional significou o redirecionamento qualitativo e quantitativo da judicialização.

Do ponto de vista qualitativo, antes da emissão da sentença, como o direito à saúde não havia sido reconhecido como fundamental pela Constituição e, tendo em vista que somente os direitos fundamentais podem ser protegidos via tutelas, a Corte passou a associar o direito à saúde a um direito fundamental, como a vida e a dignidade humana. Segundo Yepes (2006), a Corte utilizou a Doutrina da Conexão para proteção indireta dos direitos sociais de forma geral, ou seja, para que um direito social pudesse ser resguardado via tutela, sua não efetivação deveria implicar na violação de um direito fundamental diretamente aplicável (YEPES, 2006). “Então, o raciocínio era que, na verdade, o que estava se defendendo era o direito à vida que podia estar comprometido pelo não atendimento do problema de saúde” (Participante 4).

As primeiras sentenças com essa interpretação foram emitidas ainda no início dos anos 1990, especificamente referentes a enfermidades graves, como câncer, HIV/Aids, doenças negligenciadas e enfermidades raras (Participante 12).

Então, são desenvolvidas as primeiras jurisprudências ou sentenças que dizem: “Sim, senhor! A atenção médica está ligada ao direito à vida e é demonstrável essa relação, portanto, eu aceito tutelas por atenção médica”. Então, abriu-se uma janela para um desenvolvimento jurisprudencial e constitucional que não se havia previsto na Constituição (Participante 9, tradução nossa, aspas do entrevistado).

Esse desenvolvimento jurisprudencial se constituiu numa das mudanças não formais da Constituição realizadas pela Corte, por meio das quais o texto constitucional permaneceu o mesmo, mas seu conteúdo e compreensão se alterou para se adaptar à realidade social (BENÍTEZ-ROJAS, 2011). Com o tempo, além das enfermidades de alto custo ou catastróficas, a Corte passou a incluir nesse entendimento populações específicas, como crianças, idosos, gestantes, pessoas com deficiência, pessoas em deslocamento forçado, entre outras (Participante 11).

Paralelamente, o Tribunal começou a incorporar à sua jurisprudência os princípios supranacionais presentes nos tratados internacionais ratificados pela Colômbia, a partir do chamado bloco de constitucionalidade (OLAYA, 2004). Esse conceito significa que, quando um tratado de direitos humanos é ratificado pelo Congresso da República, ele é automaticamente integrado à Constituição, sendo obrigatória sua análise para a interpretação

⁸⁴Ver figura 12 e os gráficos 2 e 3 do capítulo anterior.

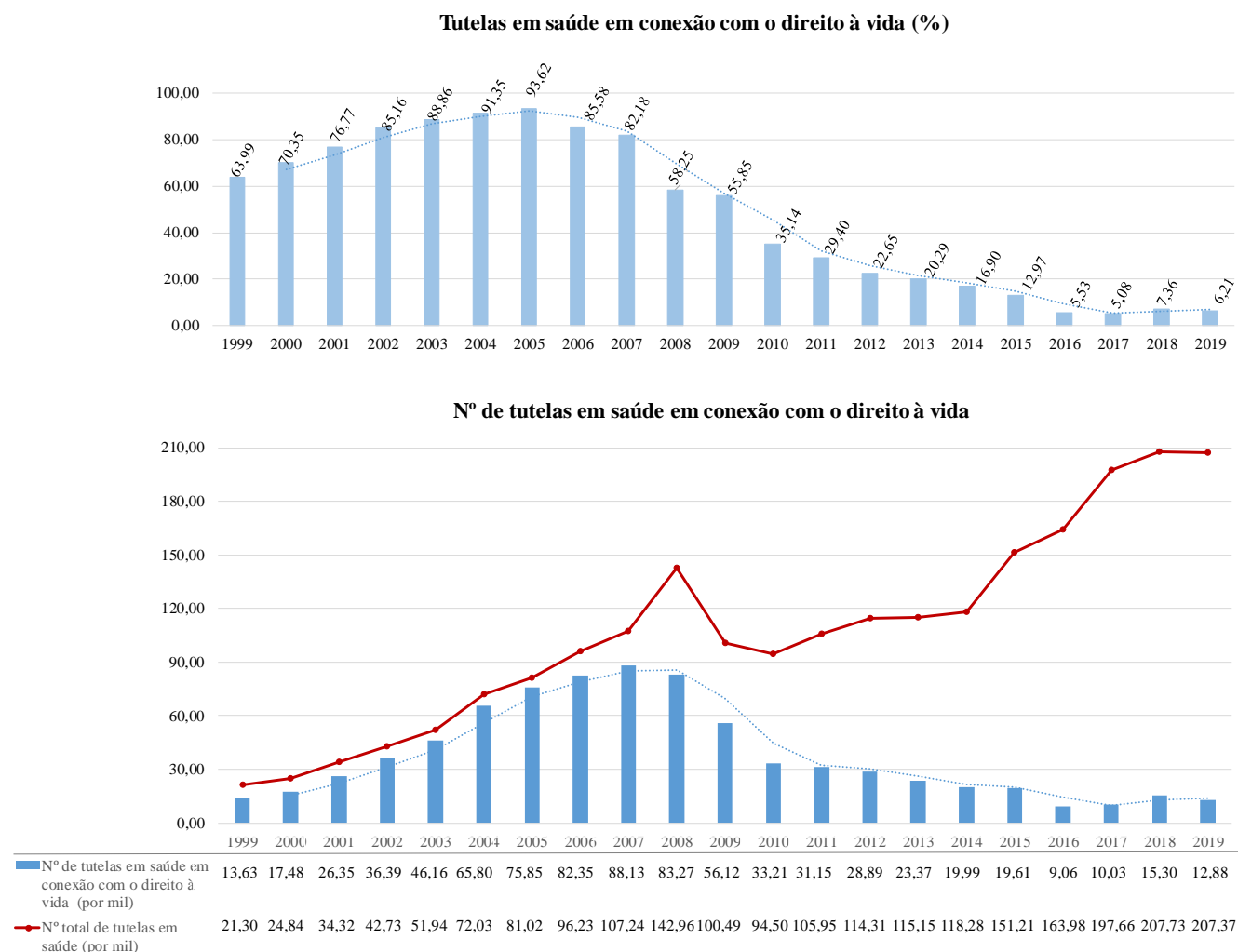
dos direitos. Com a aplicação da normativa internacional, o direito à saúde passou a integrar o bloco de constitucionalidade e a Corte começou o movimento para o seu reconhecimento enquanto um direito fundamental autônomo, culminando na Sentença T-760 (Participante 11).

Essa virada hermenêutica ficou evidente com a mudança do perfil das tutelas ao longo do tempo e após a emissão da sentença. Por exemplo, o volume de tutelas em saúde em conexão com o direito à vida representava, em 1999, 64% (n = 13.630) do total de tutelas em saúde, proporção que foi crescendo em ritmo constante até 2005, quando atingiu a marca de 94% (n = 75.852) do total de tutelas em saúde. Em 2006 e 2007, apesar da redução do percentual, o número de tutelas em conexão com o direito à vida continuou a subir. A partir de 2008, o volume de ações com esse perfil começou a cair e seguiu uma trajetória oposta em relação ao total de tutelas em saúde, evidenciando que a saúde passou a ser exigida de forma direta e independente (Figura 20).

No processo de construção da Sentença T-760, o Tribunal examinou os inúmeros instrumentos internacionais que trazem o direito à saúde enquanto um direito humano, especialmente o PIDESC e a Observação Geral N° 14 do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CDESC), identificando os princípios que deveriam reger a prestação dos serviços: disponibilidade de medicamentos essenciais, bens e serviços para atender às necessidades de saúde da população; aceitabilidade/respeito à diversidade dos cidadãos; acessibilidade a todos os serviços e qualidade (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2020).

A Sentença foi emitida pela Segunda Sala de Revisão da Corte, que analisou 22 tutelas que buscavam a proteção do direito à saúde e que representavam as causas mais frequentes de demandas judiciais (CANO, 2015; FUHRMANN, 2016). Entre as ações selecionadas, duas foram interpostas por prestadores contra o Ministério de Proteção Social e agências regulatórias, devido a atrasos e inadequação do repasse dos recursos, situação que não é usual, dado que as tutelas são usadas, na grande maioria das vezes, pelos usuários para proteger o seu direito frente ao sistema (ARRIETA-GÓMEZ, 2018).

O documento foi dividido em quatro partes, sendo que a primeira envolveu a descrição dos antecedentes de cada caso; a segunda, a relação de provas decretadas pela Sala de Revisão; a terceira, os fundamentos da Sentença, referentes a cada caso separadamente e em conjunto e, por fim, a quarta parte apresentou as ordens e medidas a serem tomadas (COLOMBIA, 2008c). Entre os fundamentos, foram apresentados diversos problemas que a Corte classificou como estruturais e entre eles foram destacadas a obsolescência do POS e a falta de clareza quanto aos serviços incluídos e excluídos (ARRIETA-GÓMEZ, 2018).



Fonte: Relatórios *Defensoría del Pueblo*, 2004 a 2020 (elaboração e cálculos próprios). Dados completos no Apêndice 16.

Figura 20 - Gráficos da evolução histórica das tutelas em saúde em conexão com o direito à vida, Colômbia, 1999 a 2019

Em relação às ordens apresentadas (Quadro 2), a Corte estabeleceu que fossem garantidos a sustentabilidade financeira do sistema e o fornecimento adequado de informações aos usuários para favorecer sua escolha quanto ao prestador de saúde. Foi determinada atualização integral do plano de benefícios e o esclarecimento quanto ao seu conteúdo e cobertura. Os magistrados ainda destacaram o fato da maior parte das tutelas se referir a serviços já incluídos no POS e manifestaram ser inaceitável a diferenciação entre os planos de saúde dos dois regimes, sendo recomendada sua unificação gradual. Instituiu-se ainda o monitoramento pelos usuários e a obrigatoriedade de o Poder Executivo informar à Corte, à Defensoria e à *Procuraduría General de la Nación* sobre os avanços obtidos (ARRIETA-GÓMEZ, 2018; CANO, 2015; COLOMBIA, 2008c; FUHRMANN, 2016).

Quadro 3 - Principais ordens emitidas e responsáveis pelas medidas, Sentença T-760, Colômbia, 2008.

Aspectos do sistema	Medidas ordenadas	Responsáveis
Cobertura	Medidas necessárias para assegurar a cobertura universal do SGSSS.	- Ministerio de la Protección Social
POS	Atualização integral do POS, com participação da comunidade médica e de usuários, com respeito à integralidade e clareza no conteúdo.	- CRES e CNSSS
	Atualização anual do POS, com emissão de informe à Defensoría del Pueblo e à Procuraduría General de la Nación	
	Correção de falhas na regulação do POS/PBS	- CRES e CNSSS - Ministerio de la Protección Social
Regimes	Unificação dos regimes, com participação de comunidades médicas e de usuários, a começar pelas crianças e formulação de cronograma de unificação para outras faixas etárias.	- CRES e CNSSS
	Estímulo à filiação ao contributivo de pessoas com capacidade de pagamento	
EPS	Incentivo ao acesso oportuno aos serviços e desestímulo às negativas.	- CRES e CNSSS
	Criação de trâmites para autorização direta pelas EPS de itens prescritos pelo médico de referência que não sejam incluídos no POS. Em caso de negativa pelo Comitê Técnico-Científico e fornecimento do item via tutela, seria reembolsada somente metade das despesas.	- CRES e CNSSS
	Incentivo ao acesso oportuno aos serviços e desestímulo às negativas.	- Ministerio de la Protección Social
	Providência para o envio de relatórios trimestrais, pelas EPS, à Supersalud, à CRES e à Defensoría com os itens POS negados diretamente e avaliados e negados/aprovados pelos Comitês Técnico-Científicos.	
	Fornecimento da Carta de Desempenho das EPS para favorecer a liberdade de escolha da seguradora pelos usuários.	
	Envio de lista com as ESPs e IPSs com mais casos de negativas e problemas de acesso, bem como as medidas já tomadas e previstas.	- Ministerio de la Protección Social - Supersalud
	Garantia de agilidade dos reembolsos às EPS e Entidades Territoriais e revisão do sistema de reembolsos para cumprir essa ordem	- Ministerio de la Protección Social - Fosyga
	Providências para o pagamentos dos reembolsos em atraso	
	Asseguramento do reembolso às EPS imediatamente após a emissão das decisões de tutelas, independente de impugnação ou instância em que se encontrar a ação.	- Fosyga
Filiados	Fornecimento da Carta com os Direitos do Paciente	- Ministerio de la Protección Social

*Elaboração própria a partir da Sentença T-760 (COLOMBIA, 2008c).

Para além da mudança do entendimento do direito à saúde, a publicação da Sentença teria representado uma oportunidade de transformação efetiva do Sistema, o que foi ressaltado à época por Valencia Arredondo, Borrero-Ramírez e Pérez Tamayo (2009). Uma das questões levantadas foi a necessidade de se mudar a lógica de pagamento dos prestadores e o modelo

biomédico e curativo do sistema, priorizando-se a prevenção e a promoção e realizando a contratação pela combinação de três tipos de pagamento: um primeiro nível por capitação, um segundo por prestação de serviços e um terceiro por resultados em saúde. As autoras enfatizaram ainda que, para a unificação dos regimes, embora as premissas estabelecidas pela Corte, como considerar o perfil epidemiológico e a estabilidade financeira do sistema, fossem importantes, não se poderia esquecer que “o direito à saúde, como parte dos direitos humanos, deve ser progressivo e não regressivo” (p.359, tradução nossa). Ou seja, os avanços obtidos e serviços incluídos não poderiam ser reduzidos (VALENCIA ARREDONDO; BORRERO-RAMÍREZ; PÉREZ TAMAYO, 2009).

Em termos quantitativos, a Sentença T-760 de 2008 também levou ao redirecionamento na trajetória da judicialização. O total de tutelas em saúde chegou a 142.957 em 2008, o maior valor alcançado até então. Com a emissão da Sentença, esperava-se a redução no número de ações, o que de fato aconteceu em 2009 (redução de 29,7% em relação a 2008) e 2010 (redução de 5,96% em relação a 2009), mas as taxas voltaram a crescer novamente a partir de 2011 (Figuras 15 e 16). Betancur (2013) ressaltou o quanto esse cenário era preocupante, pois as correções ordenadas teriam sido realizadas e a legislação do sistema modificada e ainda sim as tutelas em saúde continuavam aumentando. Para a *Defensoría del Pueblo* a redução permanente do número de tutelas não ocorreu porque as medidas adotadas pelo Governo, em resposta à Sentença T-760 de 2008, ainda não haviam surgido o efeito planejado (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2020).

Em contrapartida, a redução inicial do volume de tutelas foi atribuída pela Participante 4 à mudança do fluxo de recursos induzida pela Sentença, fazendo com que as EPS utilizassem os Comitês Técnico-Científicos para fornecimento de medicamentos Não-POS, ao invés de esperarem que os filiados recorressem à justiça. A vigésima terceira ordem da Sentença estabeleceu que, caso esses medicamentos fossem negados pelos Comitês, mas depois fornecidos por meio de uma tutela, as Entidades poderiam receber somente 50% de reembolso, entretanto, se o Comitê tivesse emitido a autorização, o reembolso seria total (COLOMBIA, 2008c). Ou seja, pelo fato das EPS terem voz ativa nos Comitês, não havia independência em suas deliberações e, anteriormente, as negativas predominavam. Com a ordem, as autorizações passaram a ser mais frequentes.

Então, não foi um bom controle no caso, do ponto de vista de saúde pública, porque não foi que a gente conseguisse um melhor uso dos medicamentos. Só mudou o mecanismo, porque para a EPS agora era mais rentável fazer pelo comitê do que fazer com que o paciente entrasse na justiça (Participante 4).

Esse resultado significa que a Sentença não acarretou em uma mudança do modelo de atenção, o que também pode explicar porque, após três anos, o número de tutelas voltou a aumentar. Apesar da importante reforma trazida pela Sentença, as questões e problemas tratados não foram verdadeiramente estruturais, percepção que foi compartilhada pelos participantes de forma geral, mas com enfoques distintos. A Participante 12, por exemplo, reconhece a escuta e o diálogo da Corte Constitucional com os movimentos sociais, mas relata que há uma crítica por parte desses movimentos ao fato da Corte não questionar a legitimidade e declarar a inexecutabilidade da Lei 100 de 1993. Há o reconhecimento dos problemas de financiamento, do descumprimento das políticas pelo governo, mas os magistrados alegam que legislar não seria seu papel.

Mantem a institucionalidade do modelo de prestação de serviços e não a questiona, não gera essa fissura na Lei 100 (...). Essa sempre foi uma disputa entre o movimento social e a Corte: “Por que não dizem que caia a Lei 100, se isso não garante o direito?” (Participante 12, aspas da entrevistada, tradução nossa).

O Participante 9 segue a mesma linha de argumentação e crítica a ideia de que seria possível se efetivar o direito à saúde com a manutenção do desenho original do Sistema. Além disso, o entrevistado demonstrou descontentamento quanto ao principal problema identificado na Sentença T-760, a regulação do mercado por parte do Estado. Da mesma forma, a Participante 13 considera que a Sentença foi um avanço, mas não uma reforma estrutural. “Eu não creio que a Sentença T-760 foi uma reforma estrutural do sistema (...) são avanços na direção para onde queremos ir. Não correta, mas onde queremos ir” (Participante 13, tradução nossa).

Paralelamente, a partir de uma revisão sistemática da literatura, Rojas e Perilla (2021) concluíram que a Sentença T-760 ficou aquém de uma verdadeira reforma estrutural do sistema pelo fato da Corte não ter declarado o “estado de coisas inconstitucional”. Assim como os entrevistados, os autores ainda ressaltam que a real garantia do direito à saúde como fundamental e autônomo depende da revogação da Lei 100 e de todas as leis derivadas dela (ROJAS; PERILLA, 2021).

Embora também reconheça que a Corte Constitucional não tenha realmente chegado ao nível estrutural, o Participante 5 traz uma perspectiva alternativa do que seria necessário ser repensado no SGSSS. Para o entrevistado, a falha da Sentença e demais jurisprudências da Corte é a desconsideração e a não aceitação de que as prioridades do Sistema precisam ser estabelecidas e seus limites de atuação precisam ser definidos. “O judiciário colombiano

nunca, de fato, aceitou a ideia de que você pode negar tratamentos por razões de custo. Ele nunca aceitou que escolhas precisam ser feitas, porque recursos são escassos” (Participante 5).

Os participantes ainda manifestaram que o principal avanço da Sentença T-760 foi a efetivação da unificação dos POS dos regimes contributivo e subsidiado que ainda não havia acontecido. A Participante 11 acredita que a unificação se deu por causa da ordem da Corte, mas os Participante 5 e 13 fazem a ressalva de que o fato da emissão da Sentença ter se dado durante o governo Uribe, fez com que a resposta à decisão não fosse adequada e que a unificação só acontecesse realmente no governo Santos. “Durante o processo da T-760, era 2008, o Presidente era Álvaro Uribe, um ex-presidente neoliberal, com um país imerso em um processo paramilitar profundo, então, não necessariamente foi um bom momento” (Participante 13, tradução nossa).

Essa relação entre Corte e política, ela precisa ser entendida com mais calma. Não foi uma coisa mecânica do tipo: a Corte mandou, logo unificou. Porque a Corte mandou e você teve muita resistência do então presidente Uribe e a unificação, ela só passou depois que o Manuel Santos entrou. E era parte da promessa de campanha dele essa unificação. Você teve, sim, um primeiro movimento da Corte, mas que ela só foi completada, porque teve vontade política também (...) foi só com a eleição de um governo mais progressista que levou a essa unificação (Participante 5).

Ressalta-se que foi criada pela Corte Constitucional uma Sala de Seguimento da Sentença T-760 para monitoramento das medidas ordenadas. Nos anos que se seguiram após a publicação da Sentença, diversas normativas foram emitidas pelo governo, conforme a linha do tempo dos marcos legais do SGSSS discutida no capítulo anterior. A partir de 2008, a legislação veio em reposta à Sentença, mas foi constatado que as mudanças trazidas, apesar de importantes para a garantia do direito à saúde, não trouxeram os impactos esperados e necessários por não terem reformado estruturalmente o sistema. Vale lembrar que, com a manutenção do modelo de atenção e organizativo do SGSSS, associada à dependência do setor privado, as EPS e a indústria farmacêutica usaram as novas legislações a seu favor.

A Lei Estatutária foi a medida legal mais relevante pós-Sentença T-760 e representou a materialização constitucional da saúde como um direito fundamental, mas na percepção da Participante 13 também não significou uma reforma estrutural do sistema. Além disso, assim como em 2008, esperava-se a redução expressiva e progressiva do volume de tutelas, o que não ocorreu (Figura 15 e 16). Para a Participante 11, esse resultado não está relacionado à Lei Estatutária em si, mas à ausência de normativas e regulamentações necessárias para sua aplicação efetiva.

A explicação da Participante 4, por outro lado, é que, com o discurso de que não havia mais uma lista de benefícios, as negativas transformaram-se automaticamente em violação do direito à saúde. Nessa mesma linha, o Participante 5 relata que, originalmente, a ideia da Lei Estatutária era criar uma lista positiva, baseada em critérios de segurança, custo-efetividade e impacto orçamentário, o que foi impedido pela Corte com a alegação de que esses critérios representariam a violação do direito à saúde. “Fala, inclusive, que a viabilidade, a sustentabilidade financeira do sistema de saúde não é justificativa para se negar tratamento médico ao indivíduo” (Participante 5).

Além do marco legal do Sistema, a atuação da Corte Constitucional após 2008 também se baseou na Sentença T-760, sendo emitidas diversas decisões com o intuito de reiterar a jurisprudência e fazer cumprir as ordens a partir dos casos concretos, referindo-se a populações específicas e vulnerabilizadas; aos princípios dos direitos humanos e à doutrina; às regras de cobertura e acesso, além do esclarecimento de competências (Quadro 3). O princípio da integralidade foi reiterado em diversas Sentenças de distintos objetos e foi abordado como “a atenção e o tratamento completo aos quais os usuários do SGSSS têm direito” (VÉLEZ-ARANGO; GONZÁLEZ-LÓPEZ, 2015, p.122). Ressalta-se que a Corte atribuiu ao juiz constitucional a prerrogativa de ordenar o tratamento integral em uma ação, com vistas a garantir a continuidade do tratamento do demandante e evitar a necessidade de interposição de uma tutela para cada procedimento ou serviço prescrito por seu médico. As decisões que tiverem esse objeto devem trazer precisamente o diagnóstico estabelecido pelo médico, para que a ordem de tratamento integral seja direcionada e não signifique “ditar ordens indeterminadas, nem reconhecer prestações futuras e incertas” (DEFENSORÍA DEL PUEBLO, 2020, p.44).

Dez anos depois da emissão da Sentença, a avaliação da Sala de Seguimento foi que o nível geral do cumprimento das ordens era médio. Dos avanços, destacaram-se a consolidação do direito à saúde enquanto fundamental; a unificação do POS/PBS entre os regimes e a melhoria da sua atualização periódica; o aumento da UPC do subsidiado (passou de 56,3% para 89,5% da UPC do contributivo) e a filiação de quase toda a população do país. Em relação às medidas avaliadas como de cumprimento médio e parcial, podem-se citar a redução da incerteza sobre a interpretação e conteúdo do POS/PBS; a prestação de contas à *Defensoría del Pueblo* e à *Procuraduría General de la Nación* sobre a atualização do POS/PBS; a garantia de sustentabilidade financeira do Sistema e revisão do fluxo de recursos; a garantia de informações adequadas para favorecer a escolha das EPS pelos usuários e o monitoramento

das EPS que mais desrespeitavam o direito à saúde (RESTREPO-ZEA; CASAS-BUSTAMANTE; ESPINAL-PIEDRAHITA, 2018).

Quadro 4 - Exemplos de sentenças e reiteração de jurisprudência emitidas pela Corte Constitucional pós Sentença T-760, Colômbia, 2009-2019.

Objetos das sentenças		Sentenças			
Princípios, doutrina e direitos humanos	Decisões relacionadas a populações específicas e/ou vulneráveis: pessoas com deficiência; indígenas; idosos; crianças; imigrantes; pessoas com doenças catastróficas; gestantes, puérperas e lactantes.	T-201/2009 T-261/2009 T-625/2009 T-626/2009 T-115/2010	T-707/2011 T-763/2011 T-388/2012 T-676/2012	T-111/2013 T-239/2015 T-357/2017 T-387/2018	T-103/2018 T-231/2019 T-563/2019 T-565/2019
	Declaração de Estado de Coisas Inconstitucional: violação do direito à saúde, à água e à alimentação das crianças do povo Wayuu em La Guajra	T-302/2017			
	Princípio da continuidade: proibição das EPS interromperem tratamentos quando os direitos fundamentais do paciente estiverem em risco. EPS não pode desvincular usuário se estiver em tratamento caso de não pagamento da cotização pelo empregador	T-650/2010 T-479-2012	T-807/2012 T-646/2013	T-517/2013 T-067/2015	T-673/2017
	Princípio da integralidade: casos em que é necessária uma atenção integral ao paciente, independentemente da inclusão no POS: sujeitos de proteção constitucional especial, pessoas com enfermidades catastróficas, pessoas com condições de saúde extremamente precárias e indignas. Assistência à saúde deve ser prestada em todas as áreas que a lei exigir	T-574/2010 T-322/2012	T-388/2012 T-673/2017	T-579/2017 T-387/2018	T-259/2019
Cobertura e acesso	Limitação do uso de copagamentos e cotas moderadoras de acordo com a capacidade econômica das famílias e em caso de doenças desastrosas ou catastróficas e alto custo. Não deve ser obstáculo para acesso.	T-763/2011 T-388/2012	T-612/2014 T-676/2014	T-175/2015 T-178/2017	T-402/2018 T-081/2019
	Proteção das pessoas contra despesas desproporcionais.	T-501/2013			
	Obrigação de prestação do serviço pela EPS quando recomendado pelo médico tratante/assistente	T-047-2010	T-692/2012	T-023/2013	
	Direito ao diagnóstico: essencial para alcançar a recuperação de uma doença. Injustificado o adiamento da prestação do serviço de saúde.	T-020/2013			
	Obrigação da EPS arcar com os custos de transporte e hospedagem do paciente e do acompanhante (no caso de pacientes dependentes), quando o serviço é prestado em local diferente do de residência.	T-481/2011 T-481/2012	T-067/2012 T-129/2014	T-650/2015 T-010/2019	T-081/2019 T-259/2019
	Atenção domiciliar: parte do POS e é uma modalidade de serviço de saúde não hospitalar. Deve ser prestada quando necessidades do paciente ultrapassam a capacidade de apoio da família e/ou se o cuidador está prejudicado em seus direitos	T-568/2014	T-096/2016	T-414/2016	T-065/2018
	Cirurgias estéticas devem ser cobertas no caso de razões funcionais, reconstrutivas e terapêuticas	T-457/2014			
	Negação dos serviços de saúde POS constitui violação do direito fundamental à saúde: pois esses serviços já são custeados pela UPC e recebimento ilegal pela EPS, custeado pelo Estado.	T-313/2015			

	Objetos das sentenças	Sentenças		
Cobertura e acesso	Fornecimento de medicamentos não-POS e/ou não aprovados pelo INVIMA: fornecidos com base nas melhores evidências científicas disponíveis. Juiz deve verificar se há ameaça ao direito à vida e à integridade do solicitante; se item pode ser substituído por outro incluído; se o usuário pode custear a prestação e se foi prescrita por profissional vinculado à EPS.	T-418/2013	T-061/2014	T-485/2019
	Inclusão é a regra e exclusão é a exceção		C-313/2014	
	Há três tipos de cobertura: inclusão explícita do item financiado pela UPC; inclusão implícita, quando o item não é mencionado no PBS, mas também não foi excluído expressamente, portanto a cargo da ADRES; exclusão explícita.		T-117/2019	
	EPS não estão obrigadas a autorizar itens não-POS, desde que o façam com a observância dos parâmetros fixados pelo Tribunal.		T-188/2013	
Filiação e questões administrativas	Direito à livre escolha da IPS por parte do usuário e direito do EPS de escolher qual IPS contratar.		T-519/2014	
	Proibição legal de alegar preexistência		T-214/2013	
	Portabilidade para qualquer lugar do país.		T-856/2012	
	Trabalhador autônomo com renda insuficientes para a cotização, pode manter vínculo com o contributivo ou aderir ao Subsidiado		T-648/2015	
	Proibição de afiliação simultânea nos regimes especiais e no SGSSS		T-296/2016	
	Vedação da limitação do acesso aos serviços devido à multifiliação	T-035/2010	T-272/2010	
	Vulneração do direito fundamental quando acesso aos serviços é prejudicado por abuso de trâmites burocráticos e administrativos.	T-046/2012	T-188/2013	T-234/2013
	EPS deve provar a não hipossuficiência do usuário		T-062/2017	
Competências e responsabilidades	Ação de tutela para resolver litígios de contratos de medicina pré-paga - procedência excepcional por violação de um direito fundamental	T-500/2012	T-126/2014	T-392/2014
	Os juízes de tutela não são competentes para solicitar tratamentos médicos não prescritos pelo médico assistente do paciente.		T-298/2013	
	Início uma série de investigações disciplinares, administrativas, fiscais e penais, devido a condutas que permitam grandes reembolsos por itens não PBS justificados por terapias especializadas fornecidas por prestadores privados.		T-563/2019	
	Divisão de competências entre os entes territoriais.		T-584/2013	

Entre as ordens classificadas como de baixo cumprimento, duas estavam relacionadas à realização de informes e prestação de contas pelo Ministério da Saúde quanto aos problemas para o fornecimento dos serviços (trimestral) e sobre a evolução das taxas de tutelas e os motivos da sua não redução (anual). As outras medidas de baixo cumprimento foram a correção ou redesenho do sistema de reembolsos; a ampliação das Competências dos Comitês

Técnico-Científicos e o monitoramento dos prestadores que mais infringiram o direito à saúde (RESTREPO-ZEA; CASAS-BUSTAMANTE; ESPINAL-PIEDRAHITA, 2018).

Em 2021, quando as entrevistas foram realizadas, a avaliação dos participantes em relação à judicialização da saúde na Colômbia, além da continuidade das elevadas taxas de tutelas e da permanência das questões estruturais, foi o quanto é evidente a sobrecarga do sistema de justiça. Os tribunais não estão conseguindo dar respostas eficientes e realizar parte de seu trabalho por causa do volume de ações em saúde. Há uma lentidão para a resolução dos casos e déficit de trabalhadores, não somente em nível nacional, mas também nos departamentos. Os juízes precisam buscar informações para julgarem cada caso, os quais são complexos, são de áreas muito diversas, e o raciocínio técnico não é simples para profissionais que não têm formação ou experiência no campo da saúde (Participantes 4 e 13).

O juiz acaba dando um veredito sobre um tema em que ele não é especialista, mas lhe parece que se alguém está dizendo que necessita de um medicamento, de um produto, e que alguém lhe está negando, então ele deveria exigir-lo. Então, o juiz fica posicionado em uma situação muito difícil, porque o juiz colombiano deve dar conta de assuntos de violência, de assuntos de violência familiar, deve dar conta de problemas de casas que as pessoas vendem, de heranças familiares e se tornar médico (Participante 13, tradução nossa).

Ao mesmo tempo, para a Participante 4, a decisão do juiz acaba se sobrepondo às decisões do Sistema de Saúde e nem sempre é a mais adequada: “ele se sente o super-herói resolvendo o problema do paciente quando, às vezes, na verdade, aquele medicamento não é o mais pertinente e pode até causar problema para a saúde dele” (Participante 4). Na tentativa de minimizar essa situação a Corte Constitucional fez um acordo com uma organização que realiza mineração de dados para a criação de sistema informatizado que receberia as informações sobre as tutelas a partir de cada juizado do país. A Corte, então, por meio de inteligência de dados, poderia analisar as tutelas mais frequentes, os medicamentos mais prescritos e então, ajudar aos juízes a tomarem decisões informadas pela tecnologia.

Para que já não sejam os juízes que tenham que tomar as decisões, os pacientes não tenham que esperar muito, se não que, através de algoritmos, algoritmos que decidam o que se aceita ou não no direito à saúde. De novo, tudo é prestacional, tudo é assim “esse medicamento sim, esse medicamento não; essa fralda sim, essa fralda, não” (Participante 13, aspas da entrevistada, tradução nossa).

A criação do referido sistema não se concretizou, porque não foi possível o desenvolvimento do algoritmo. A Participante 13 criticou fortemente essa iniciativa, pois reforçaria ainda mais o componente prestacional e daria uma solução tecnológica para um

problema que não é tecnológico. A Participante 4 também entende que da forma como está acontecendo a judicialização no país está causando inúmeros problemas para a gestão do sistema, “porque tu acaba respondendo para o urgente, não para o importante. Então, todas as pessoas que estão seguindo para o seguimento adequado, eles ficam lá abandonados, porque tu tem que responder para o juiz agora” (Participante 4).

Por outro lado, a Participante 11 vê a retração da Corte Constitucional na proteção do direito à saúde. Para a entrevistada, nos últimos quatro anos, os posicionamentos do Tribunal têm dado um caráter temporário às decisões sob o argumento de que é o sistema de saúde que deve dar repostas definitivas à situação. Esse novo entendimento, na verdade, parte de algumas Salas de Revisão e não do Pleno da Corte, mas é visível a mudança no perfil dos magistrados para um viés mais conservador, “mais tímido, pode-se dizer assim, frente a ações contundentes de proteção dos direitos fundamentais” (Participante 11, tradução nossa). A Participante 4 acredita que a solução para esse cenário é complexa, mas que deve se basear no diálogo interinstitucional e na recuperação da confiança entre os poderes. Deve-se ampliar a discussão para que as pessoas saibam que caminho seguir para conseguirem acesso aos serviços e podem-se criar instâncias de mediação para resolver os problemas antes da via judicial. “Acho que a base do problema é que não existe confiança entre os poderes. (...) porque só se tiver diálogo é que se vai conseguir obter o melhor resultado possível na judicialização” (Participante 4).

Apesar de todos os desafios e problemas levantados, a avaliação final é de que a atuação da Corte Constitucional foi primordial para o avanço da efetivação do direito à saúde na Colômbia. “O direito à saúde foi, digamos, como uma pérola preciosa para a Corte Constitucional. Então, o sistema de justiça, realmente, permite que, pela via das tutelas, pode-se questionar esse tipo de problema (Participante 11, tradução nossa).

Também lhe diria que temos uma Corte Constitucional que é a entidade que mais tem colocado o cuidado ao tema do direito e que essa entidade fez com que, finalmente, cheguemos aonde estamos, que não foi o Executivo, não foi a Presidência, nem o Ministério, que não foi o Legislativo, os senadores e representantes da Câmara, mas que foi a Corte Constitucional que mobilizou a reposta cidadã (Participante 13).

As inovações jurisprudenciais da Corte e a criação da tutela, portanto, são consideradas verdadeiras conquistas democráticas para a proteção do direito à saúde e demais direitos sociais, econômico e culturais no país. Além disso, constituem-se balizas para o direito constitucional latino-americano, em um contexto de desigualdade e de vulneração constante dos direitos humanos (GIMÉNEZ, 2011; SILVA, 2011). A judicialização da saúde

na Colômbia, portanto, é um caminho e uma garantia para ampliação do acesso da população aos serviços e tecnologias incluídos no SGSSS, ao fazer com que os atores do Sistema cumpram suas obrigações em muitos momentos. Ao mesmo tempo, as tutelas também se tornaram uma nova via de obtenção de dividendos pelo mercado da saúde, por meio da manipulação das regras, fomento à litigância e mobilização dos interesses de usuários, grupos e prestadores.

A partir da discussão dos três capítulos que compõem o estudo de caso colombiano, é possível afirmar que as questões estruturais da sociedade e do sistema de saúde precisam ser a prioridade para as instituições e movimentos sociais, com combate efetivo às desigualdades, a busca pela paz e uma verdadeira reforma do SGSSS. É preciso que escolhas sejam feitas, mas não somente escolhas do que será incorporado ou excluídos do PBS, ou o que é mais custo-efetivo, ou qual EPS será salva de ser liquidada. É preciso que a Colômbia escolha entre o direito fundamental à saúde e o direito de ter acesso a serviços de saúde. Um significa um direito de cidadania, regido pelos princípios dos direitos humanos e, o outro, tem se revelado como um direito ao consumo de serviços, mediado pelo mercado. Essas premissas serão a base para discussão com o caso brasileiro.

6 O CASO BRASILEIRO: A LUTA PERMANENTE NA CONSTRUÇÃO DE UM SISTEMA UNIVERSAL

6.1 Contexto histórico, político e social e o direito à saúde no Brasil

(...) visitando à exaustão os 500 anos de país, mostra-se o quanto ele é centrado na noção de que a vida das pessoas deve ser qualitativamente diferente, sendo que umas devem valer mais que outras. (...). Diria até mais, que a construção dessas vidas que valem a pena sempre se deu em cima do consumo dessas vidas que são consideradas como as que não valem tanto a pena (MERHY, 2012, p.269).

Nos anos 80 e 90, predominaram na América Latina políticas com viés neoliberal, na esteira do Consenso de Washington. A partir dos anos 2000, o Brasil e outros países da região, como Bolívia, Argentina e Equador apresentaram uma mudança dessa realidade com a chamada onda rosa,⁸⁵ a qual não cerrou por completo as políticas macroeconômicas anteriores, mas permitiu a recolocação dos direitos sociais e a busca pela redução das desigualdades no debate público, para além do combate à pobreza extrema, visão que é predominante entre organizações multilaterais, como o Banco Mundial, por exemplo (Participante 6). Nesse contexto, apesar da Colômbia não ter integrado a onda rosa naquele momento,⁸⁶ novamente, os caminhos percorridos por cada país desde a promulgação de suas Cartas Políticas vem apresentando os desafios e obstáculos semelhantes e, embora em intensidades distintas e com estratégias e desvios distintos, com convergência nos resultados.

O Brasil é o quinto maior país do mundo em extensão territorial (8.510.345,540 km²), sendo dividido em cinco regiões (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), que englobam 26 estados, mais o Distrito Federal (Figura 21), e 5.568 municípios (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, IBGE, 2022a). O país faz fronteira com dez nações latino-americanas (Argentina, Bolívia, Colômbia, Guiana, Guiana Francesa, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela) e sua população é a sétima mundial,

⁸⁵A eleição de governos de esquerda em países da América-Latina no início dos anos 2000 foi denominada de onda rosa, a qual, diferentemente da onda vermelha, representada pelos governos de esquerda mais radicais dos anos 70 (Participante 6), significou a rejeição ao neoliberalismo, a adoção de políticas sociais mais inclusivas e a busca pela justiça social, sem se afastar do modelo capitalista. Das regras impostas pelo Consenso de Washington, a redução do gasto público, a reforma tributária e a disciplina fiscal foram as menos consideradas pelos governos representantes da onda rosa, contribuindo para o enfraquecimento do neoliberalismo na região nesse período (OLIVEIRA, 2020).

⁸⁶Em junho de 2022, a Colômbia elegeu seu primeiro presidente de esquerda, Gustavo Petro, cuja vice é uma líder ambientalista, Francia Márquez. O projeto do novo governo é marcado pelo combate à desigualdade, reforma do Sistema de Saúde, efetivação de direitos sociais, retomada do acordo de paz, entre outras pautas progressistas e democráticas (Gustavo Petro vence segundo turno e é eleito presidente da Colômbia. Carta Capital, São Paulo, 19 jun. 2022. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/mundo/gustavo-petro-vence-segundo-turno-e-e-eleito-presidente-da-colombia/>. Acesso em 20 jun. 2022).

passando de 149.003.225 de habitantes em 1990 para 212.559.409 em 2020,⁸⁷ um crescimento de 42,65% em 31 anos (Apêndice, 17).⁸⁸ Assim como a Colômbia, o Brasil vem apresentando queda em seu ritmo de crescimento, chegando a 0,72% ao ano em 2020 (Gráfico 8).



Figura 21 - Mapa oficial político administrativo do Brasil (IBGE, 2022b).

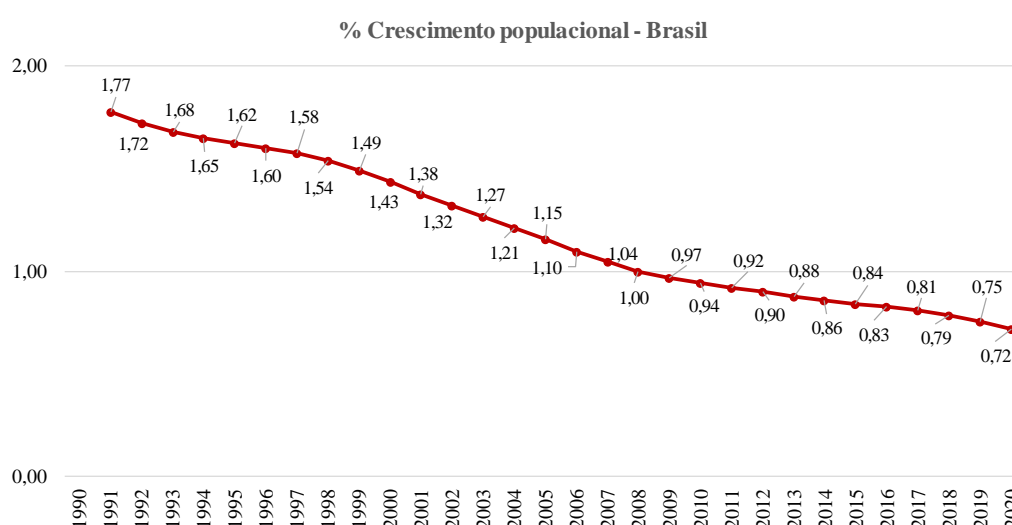
Em seu primeiro artigo, a Constituição brasileira de 1988 (CF/1988) apresenta o país como uma República Federativa, uma Forma de Estado Federal distinta do modelo colombiano, de Estado Unitário, caracterizado pela descentralização administrativa (BRASIL, 1988; COLOMBIA, 1991a). O Estado Federal, por sua vez, é descentralizado, tanto administrativamente, como politicamente, envolvendo, no caso do Brasil, desafios para a

⁸⁷ Segundo a prévia da população calculada com base nos resultados do Censo Demográfico de 2022 (até 25 de dezembro de 2022) a população de 2022, seria de 207.750.291 habitantes. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2022/Previa_da_Populacao/POP2022_Brasil_e_UFs.pdf Acesso em 18 jan. 2023.

⁸⁸ População total. Fonte: The World Bank. Health: Population: Structure. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?end=2020&locations=BR-CO&start=1990&view=chart>. Acesso em: 01 nov. 2021.

implementação de políticas públicas. Um primeiro desafio está relacionado ao fato da concentração da autoridade política entre os estados não ser homogênea, o que interfere na capacidade desses entes de conduzirem políticas nacionais. Essa variação depende das relações intergovernamentais e partidárias e também do tipo de política em questão. Além disso, o formato de repartição de receitas estabelecido constitucionalmente, ao limitar o volume de gastos da União, restringe seu poder de coordenar essas políticas e garantir a adesão dos governos locais (ARRETCHE, 2004). Por outro lado, a Forma de Estado da Colômbia, associada à sua menor extensão territorial se comparada ao Brasil, favorece a criação de regras mais gerais que as brasileiras, além de contribuir para o trabalho realizado pelo sistema de justiça, com menor judicialização em alguns campos (Participante 2), e para a consolidação de jurisprudências.

Paralelamente, o artigo inicial da CF/1988 define o Brasil como um Estado Democrático de Direito que tem como fundamentos a soberania; a cidadania; a dignidade da pessoa humana; os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e o pluralismo político. Entre os princípios fundamentais, os Art. 3º e 4º resgatam as diretrizes dos direitos humanos, estabelecendo como objetivos da República a construção de uma sociedade livre, justa e solidária; a erradicação da pobreza e redução das desigualdades sociais; promoção do bem de todos, sem discriminação e também os princípios que regem o país nas suas relações internacionais, como a autodeterminação dos povos; a não-intervenção; a igualdade entre os Estados; a defesa da paz; o repúdio ao terrorismo e ao racismo; entre outros (BRASIL, 1988).



Fonte: The World Bank, 2021 (elaboração e cálculos próprios). Dados completos no Apêndice 17.

Gráfico 8 - Taxa de crescimento populacional anual, Brasil, 1990-2020.

Ao longo do texto constitucional, diversos outros princípios pautados na doutrina e nos instrumentos internacionais de proteção dos direitos humanos são mencionados e enfatizados, revelando uma posição clara de rejeição ao contexto nacional das décadas que antecederam a constituinte, quando o país enfrentou uma ditadura militar por 21 anos (1964-1985) com graves violações desses direitos (BRASIL, 1988). Do ponto de vista das políticas sociais, o período da ditadura ainda foi marcado pela regressividade do financiamento; pela tomada de decisões centralizadas; pela privatização do espaço público e pela redistribuição incipiente em diversos setores, como educação, previdência, saúde, habitação e saneamento (FAGNANI, 1999).

(...). o preço das políticas econômicas da ditadura, sobre as condições de saúde da população brasileira, o preço pago, foi muito caro. Muita gente morreu, não só pelas torturas e pelos outros sofrimentos, mas também em termos de doenças transmissíveis, de mortalidade infantil, acidentes de trânsito, acidentes de trabalho etc. (Participante 6).

A Constituição de 1988, portanto, sofreu influência direta da luta pela derrubada do governo autoritário, visando se contrapor à Constituição de 1967, marcada pelo seu caráter opressor (GARGARELLA, 2017). O processo de redemocratização do Brasil produziu alianças e formas de mobilização social que representaram a recuperação do projeto socialdemocrata na América Latina, atuando como um exemplo para os países da região (Participante 9). Essa retomada dos direitos fez com que a Constituinte fosse chamada de Assembleia Cidadã por Ulysses Guimarães, presidente do órgão (SADER, 2020).

Os direitos civis foram restaurados e ampliados e a nova Constituição buscou corrigir os problemas e abusos da Carta anterior, criando barreiras para as violações e ações antidemocráticas, restaurando o voto direto e secreto, introduzindo mudanças na organização dos poderes e incluindo um rol inédito de direitos sociais (AVRITZER; MARONA, 2014; GARGARELLA, 2013; 2017). Além disso, a CF/88 consagrou fundamentos pluralistas em diversos campos, tais como o religioso, filosófico, político e cultural, tornando-se um marco para um novo constitucionalismo pluralista e multicultural (WOLKMER, 2010).

A participação popular na formulação e nos processos decisórios de políticas públicas foi ampliada no Brasil em diversas partes da CF/88, desde o primeiro artigo (que trata da soberania popular) até os que versam sobre os direitos sociais e a organização dos poderes, por meio de plebiscito, iniciativa popular e de espaços deliberativos, como os conselhos de políticas públicas urbanas, de saúde e assistência social (AVRITZER; MARONA, 2014; AVRITZER, 2017; BRASIL, 1988).

Por outro lado, apesar dos movimentos sociais e políticos terem exigido uma Assembleia Constituinte indicada pelo povo, o órgão colegiado convocado foi composto pelos deputados e senadores eleitos em 1986, pertencentes majoritariamente aos setores moderados, o chamado “centrão” (PISARELLO, 2012; 2014). Ainda, a transição democrática foi prolongada e controlada pelo governo militar, culminando em acordos políticos entre as forças progressistas e as remanescentes da ditadura para se evitar a continuidade do regime (O’DONNELL, 1988; SADER, 2020).

Essa coalizão política e o conflito de interesses que se seguiu, imprimiram à Constituição um caráter híbrido, pois, ao mesmo tempo em que abrigou uma ampla declaração de princípios e direitos fundamentais, as negociações culminaram na inserção de mecanismos de favorecimento das elites conservadoras, que obstruíram diversas pautas reformistas (FAGNANI, 1999). Não foram questionados a estrutura econômica, o sistema bancário e os meios de comunicação, além da propriedade da terra não ter sido democratizada (SADER, 2020).

Para Werneck Vianna *et al.* (1999), no entanto, a coalizão pluriclassista formada no processo de transição democrática não rejeitou a ideia de mudança, mas conseguiu transformar os novos direitos em promessas, que não poderiam ser imediatamente cumpridas, deixando para o futuro sua concretização (WERNECK VIANNA *et al.* 1999). O próprio presidente Jose Sarney (1985-1990), primeiro governante pós-ditadura,⁸⁹ afirmou que “a nova Constituição tornava o Estado brasileiro ingovernável, porque teria afirmado direitos que a economia não estaria em condições de garantir” (SADER, 2020, p.158-159).

Vale lembrar que a Constituição da Colômbia de 1991 também veio em resposta a um contexto de desigualdades, violação de direitos e de violência, que impactou profundamente o processo da Constituinte. Ao mesmo tempo, assim como a brasileira, a Carta colombiana assumiu um caráter misto ou bifronte, com a transferência da prestação dos serviços ao setor privado. No caso do Brasil, a CF/1988 permitiu a entrada da iniciativa privada de forma suplementar e complementar, sendo que os direitos sociais foram considerados fundamentais desde a promulgação da Constituição. Apesar dessa maior proteção formal dos direitos, sua realização foi dificultada pelas políticas implementadas após 1988 e pelo vazio legislativo para dar materialidade aos princípios constitucionais.

⁸⁹O primeiro governo da redemocratização não foi eleito por voto popular, mas sim por um Colégio Eleitoral, apesar do movimento “Diretas Já” e da apresentação de emenda, pela oposição, para a realização das eleições. O presidente eleito indiretamente foi Tancredo Neves, que contava com apoio popular, mas faleceu antes de tomar posse. O seu vice, José Sarney, assumiu então a presidência em 1985.

Conforme abordado anteriormente, a Colômbia, juntamente com o Chile, são considerados casos paradigmáticos da implementação da agenda neoliberal, tanto na economia, quanto na formulação e condução das políticas públicas. Em contrapartida, Filgueiras (2006) destaca que o Brasil foi o último país latino-americano a adotar um projeto pautado no Consenso de Washington, o qual tomou corpo com a eleição de Fernando Collor em 1989.

(...). Não é que o neoliberalismo chegou e nos transformou as mentes, não. É que essas condições materiais do capitalismo, em crise de sobreacumulação, foi gerando portas para um mercado global que não existia antes e as condições tecnológicas vão permitindo, com as telecomunicações e o mundo da informática. Assim, são condições para que o neoliberalismo que havia sido planejado nos anos 30, 40, tenha a oportunidade de colocar o Estado efetivamente no caminho da servidão (Participante 9).

Nesse contexto, a partir dos anos 1990, foi iniciada uma reforma de viés liberal e conservador com o objetivo de descaracterizar e enfraquecer os avanços trazidos pela CF/1988. Até 1992, o ex-presidente Fernando Collor (1990-1992), utilizou diversas estratégias nesse sentido, como a não observância dos prazos constitucionais para envio ao Legislativo de projetos de lei complementar; o veto a projetos aprovados pelo Congresso e mesmo interpretações ilegítimas de mecanismos legais (FAGNANI, 1999). Ainda, foi iniciado um processo de aquisições, privatizações e fusões, por meio da venda de empresas brasileiras, seguida da privatização de estatais a partir do Plano Nacional de Desestatização. Para facilitar e legitimar essas medidas, iniciou-se um movimento de desmoralização dessas empresas com a alegação de que eram ineficientes, dispendiosas e destinadas a propósitos políticos, como distribuição de cargos e vantagens. A Siderúrgica Usiminas, por exemplo, foi privatizada em 1991, mesmo sendo uma estatal estratégica, superavitária e administrada de forma profissional e técnica (CORRÊA, 2009).

Essas medidas significaram a transnacionalização dos principais grupos econômicos e financeiros do país, com seu fortalecimento dentro do bloco dominante, redefinindo as relações políticas e aprofundando as diferenças entre as classes, além de evidenciar o quanto a economia brasileira estava subordinada ao fluxo internacional de capital. Paralelamente, diante da abertura comercial-financeira, com intensificação da concorrência no mercado, houve o agravamento da recessão e o aumento do desemprego (FILGUEIRAS, 2006). As taxas de desemprego observadas nesse período, na verdade, ainda eram baixas ao se comparar com a trajetória histórica da taxa no próprio Brasil.

De fato, o desemprego e a vulnerabilidade ocupacional, no Brasil, apresentaram pequeno aumento entre 1991 e 1992, passando de 6,37% para 6,42% e de 33,80% para 33,98%, respectivamente (Figura 22). Ao mesmo tempo, observou-se a queda no crescimento dos indicadores econômicos, aproximando-se de zero no caso do PNB *per capita* e do PIB *per capita* (Figuras 23 e 24). Caso o ex-presidente Fernando Collor não tivesse sofrido um *impeachment* e seu mandato tivesse se prolongado,⁹⁰ é possível que esses indicadores se mantivessem em uma curva desfavorável, diante de uma provável continuidade das políticas voltadas para o mercado.

Tal cenário pode ser confirmado pela reversão da evolução negativa dos indicadores econômicos e de emprego durante o governo Itamar Franco (1992-1994) e nova piora a partir do primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso - FHC (1995-1998 e 1999-2002). Por exemplo, no caso do desemprego, as médias anuais de cada mandato passaram de 6,40% (Collor), para 6,14% (Itamar Franco) e para 7,81% e 9,77% nos mandatos de FHC. Já a média de crescimento anual do PIB aumentou de 3,37% para 7,36%, com Collor e Itamar Franco, voltando a cair para 4,33% e 4,23% com Fernando Henrique, padrão que também foi observado para os demais indicadores econômicos (Figuras 22, 23 e 24).

Esses resultados são explicados pela desaceleração do processo de implementação da agenda do consenso de Washington no governo Itamar Franco e sua retomada com FHC (FAGNANI, 1999). A partir de 1995, houve uma intensificação das medidas econômicas pró-mercado, com redução da participação do Estado na economia, cortes nos investimentos em infraestrutura e serviços públicos e priorização do setor financeiro, a partir do Programa de Reestruturação e Fortalecimento do Sistema Financeiro Nacional (CORRÊA, 2009).

Ao mesmo tempo, devido ao processo de abertura comercial e financeira, associado à sobrevalorização do real e à aceleração das fusões e privatizações, foram observados a centralização de capitais e um movimento de desindustrialização, o que fortaleceu grupos privados e favoreceu a desnacionalização e internacionalização da economia do país (CORRÊA, 2009; FILGUEIRAS, 2006). Esse processo foi tão intenso, que o ex-presidente FHC enviou, ao longo de seu governo, 35 propostas de Emenda Constitucional para facilitar privatizações (PISARELLO, 2012; 2014).

⁹⁰Após medidas impopulares (como o confisco de poupanças), perda de apoio do empresariado e escândalos de corrupção, o ex-presidente Fernando Collor de Melo enfrentou o movimento popular chamado de “Fora Collor” e sofreu cassação de seu mandato (Há 20 anos, Fernando Collor sofria *impeachment*. Carta Capital, São Paulo, 29 de setembro de 2012. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/politica/ha-20-anos-fernando-collor-sofria-impeachment/>. Acesso em 22 dez. 2022.

Ressalta-se que Fernando Henrique foi Ministro da Fazenda no governo Itamar Franco, quando elaborou o Plano Real com vistas a controlar a inflação, por meio da associação entre estabilidade de preços, abertura econômica e sobrevalorização do câmbio. A abertura foi desordenada e abrupta, o que fragilizou a indústria nacional devido a uma concorrência desequilibrada no que se refere a investimentos e recursos tecnológicos (FAGNANI, 1999). Em seu primeiro mandato, FHC triunfou em controlar a inflação, favorecendo sua reeleição, mas com o tempo, a estabilização monetária se mostrou insuficiente para promover o crescimento da economia, a inclusão social e a redução do desemprego. Nesse cenário, houve o aumento da dívida externa e da dívida pública, com redução dos investimentos e evasão de divisas. Na tentativa de segurar os capitais, o governo aumentou os juros de forma acentuada, intensificando novamente a recessão (SADER, 2020).

Em 1998, o PIB *per capita* decresceu 0,07% e o valor máximo de crescimento atingido no governo FHC foi em 2000, com aumento de 6,72% no caso do PIB e 9,36% no caso do PNB. Em 1999, o desemprego atingiu a marca de 10,21%, uma das maiores taxas de toda a série histórica, sendo superada somente pelos números observados a partir de 2016, como será discutido. A vulnerabilidade ocupacional, no entanto, assim como na Colômbia, não sofreu grandes alterações ao longo de todo o período de estudo, sendo que no Brasil as taxas são menores (Figuras 22, 23 e 24).

Esse contexto revela o quanto foi ilusório e incompatível com o desenvolvimento social delegar ao mercado a conformação econômica, acreditando-se que medidas restritas à estabilização da moeda levariam à redução da desigualdade e do desemprego ou à retomada do crescimento de forma sustentada. Ao contrário, o ajuste macroeconômico aprofundou a exclusão e fragilizou as políticas sociais, ao dismantelar os alicerces financeiros e institucionais do Estado. Em síntese, tais estratégias de estabilização econômica e de desestatização, ao restringirem o crescimento da economia, impactaram negativamente o mercado de trabalho e reduziram a capacidade do país de implementar políticas sociais efetivas (FAGNANI, 1999; SADER, 2020).

O governo FHC ainda foi marcado por políticas de flexibilização trabalhista, sob o argumento de redução do custo de mão-de-obra para combater o desemprego, o que, além de não ter sido efetivo, aumentou a precariedade. Como agravante, tendo em vista que uma das principais fontes para o financiamento das políticas sociais é a arrecadação originada do componente formal do mercado de trabalho, o aumento da massa de desempregados e de trabalhadores inseridos no mercado informal e/ou com contratos precários, reduziu ainda mais a disponibilidade de recursos para essas políticas (FAGNANI, 1999). Pode-se citar também o

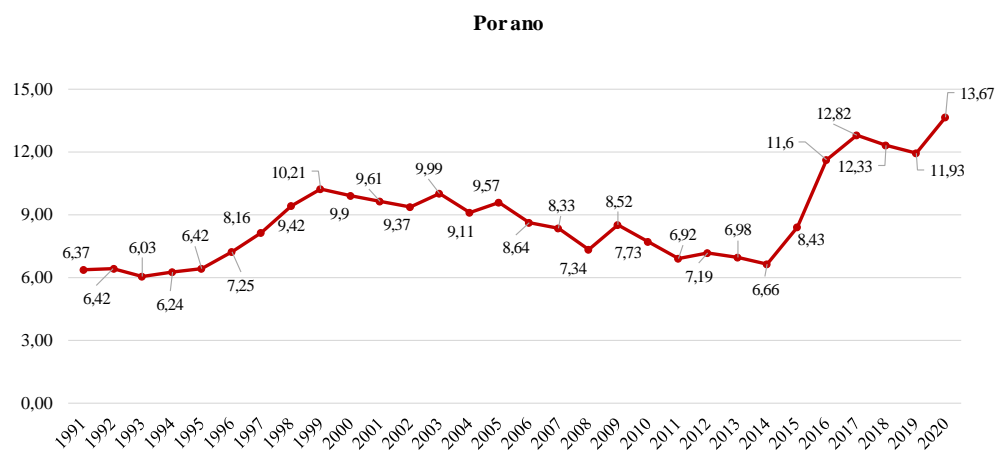
enfraquecimento do poder político e de negociação dos representantes das classes trabalhadoras, minando sua capacidade de resistir à desregulamentação do mercado de trabalho, além do empobrecimento de servidores públicos e de parte da classe média, devido à reforma administrativa, ao sucateamento do setor público e a venda e reestruturação das empresas (FILGUEIRAS, 2006).

Ao trazer essa discussão para a perspectiva estatística, novamente, observa-se a associação entre a redução da desigualdade, o desenvolvimento e o crescimento econômico. Assim como no estudo do contexto da Colômbia, foi encontrada uma correlação negativa ($p < 0,001$) entre o Índice de Gini e o IDH, o PIB, o PIB *per capita*, o PNB, o PNB *per capita* e o percentual de população urbana para a série histórica. O mesmo ocorreu com análise da mortalidade infantil e da mortalidade de menores de cinco anos. O IDH, por sua vez, apresentou uma forte correlação positiva com o percentual de população urbana, o PNB e o PNB *per capita* (Tabela 9),

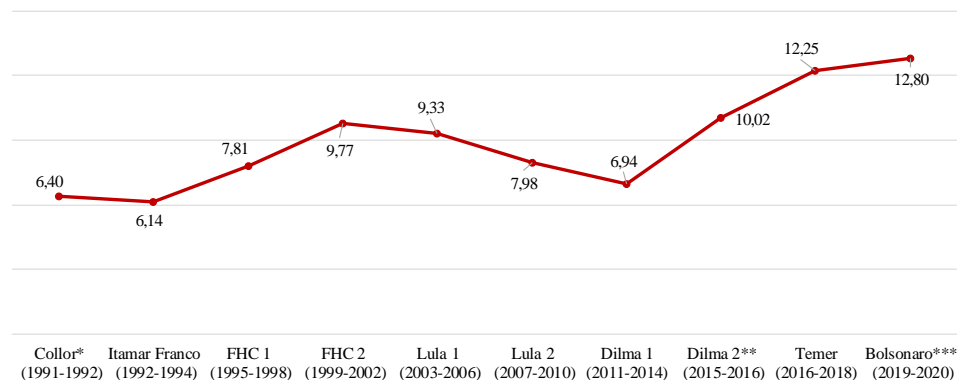
A análise dos indicadores laborais, entretanto, revelou resultados distintos do estudo referente à Colômbia, no qual a vulnerabilidade ocupacional não havia se associado à desigualdade e às condições de vida. Em relação ao Brasil, houve uma correlação negativa desse indicador com o IDH e positiva com o Índice de Gini, com a mortalidade infantil e com a mortalidade de menores de cinco anos ($p < 0,001$). Além disso, de forma aparentemente controversa, a taxa de desemprego não se mostrou correlacionada ao Índice de Gini, mas associada negativamente à mortalidade infantil e à mortalidade em menores de cinco anos ($p = 0,012$) e positivamente ao IDH ($p = 0,003$), como pode ser visto na Tabela 9.

Tais achados podem ser explicados à luz da discussão acerca dos efeitos do modelo macroeconômico e de desenvolvimento adotado após a implementação da CF/1988, o qual priorizou o mercado financeiro e as grandes empresas, por meio das medidas recomendadas pelo Consenso de Washington, às custas da desregulamentação do mercado de trabalho e da desconsideração dos trabalhadores e de seus direitos. No governo FHC, esse cenário é evidente, sendo observado um aumento do desemprego mesmo em momentos de crescimento do PIB e do PNB, totalizando um incremento 45,95% das taxas entre 1995 e 2002. Paralelamente, o Índice de Gini apresentou uma queda discreta, com média anual de -0,12% no primeiro mandato e -0,63 no segundo (Figura 25), representando uma redução de 0% entre 1995 e 1998, de -1,53% entre 1999 e 2000 e de -2,52% entre 1995 e 2002 (Tabela 10).

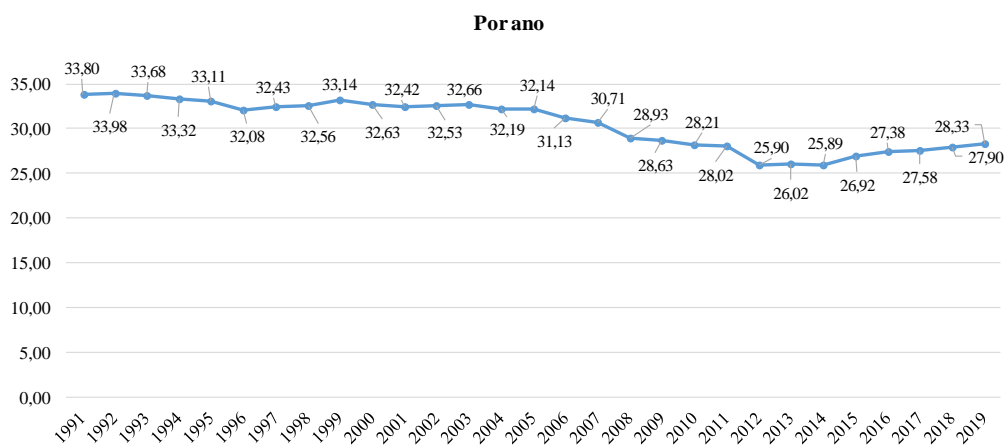
Taxa de desemprego (% do total da força laboral)



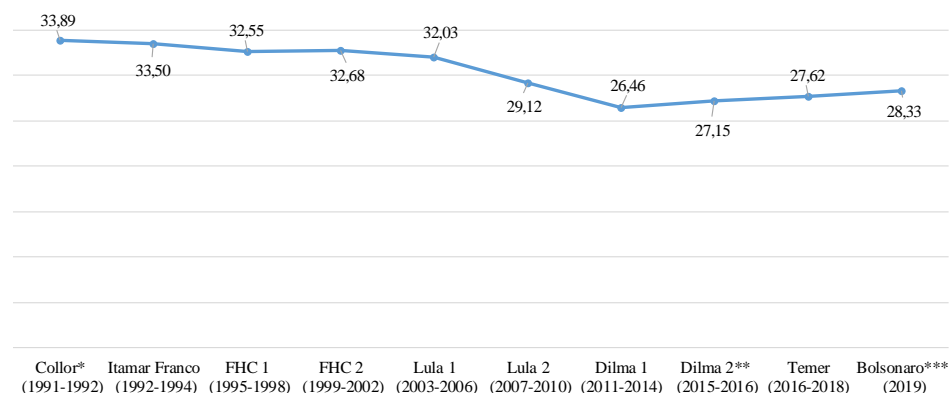
Média anual por mandato presidencial



Vulnerabilidade ocupacional (% do total de trabalhadores)



Média anual por mandato presidencial



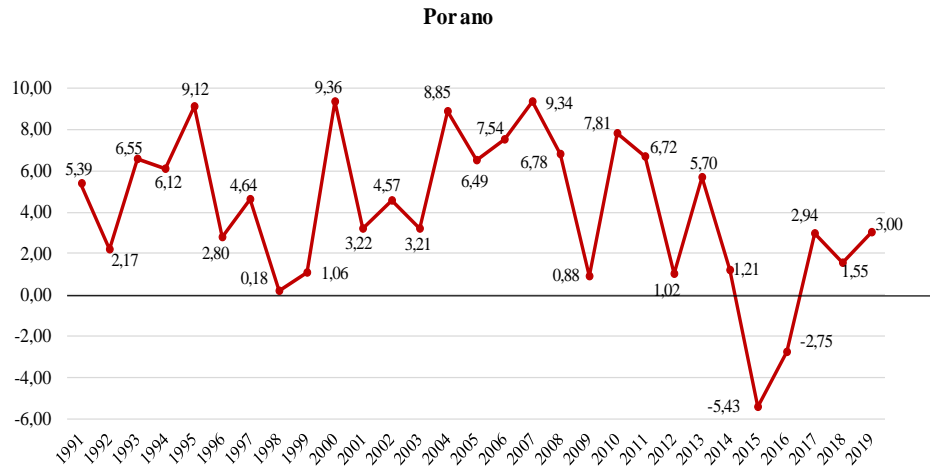
Fonte: The World Bank, 2021 (elaboração e cálculos próprios). Dados completos no Apêndice 17.

*Mandato do presidente Fernando Collor teve início em 1990, mas os dados estão disponíveis somente a partir de 1991.

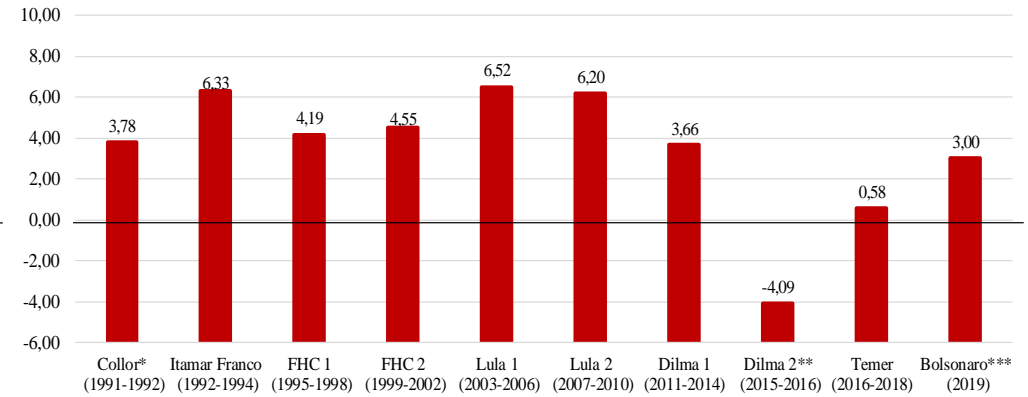
**Mandato do presidente Jair Bolsonaro terminou em 2022.

Figura 22 - Gráficos da taxa de desemprego e da vulnerabilidade ocupacional, por ano e média anual por mandato presidencial, Brasil, 1991-2020

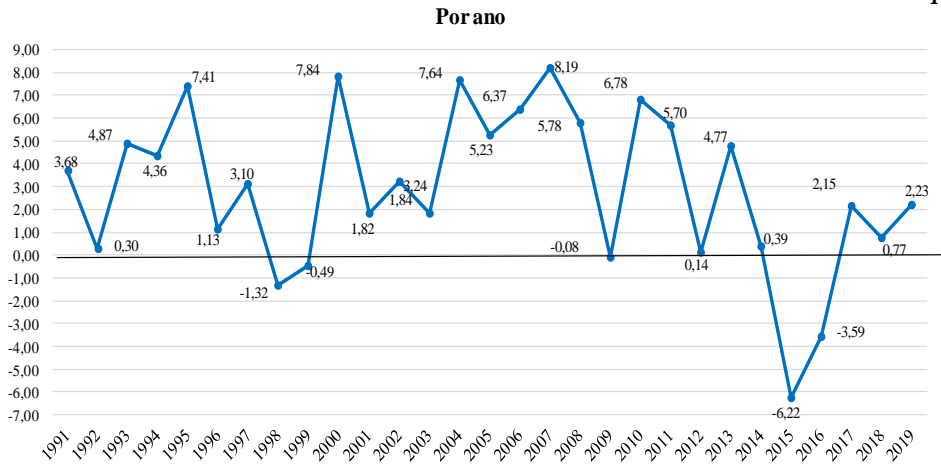
Crescimento PNB (%)



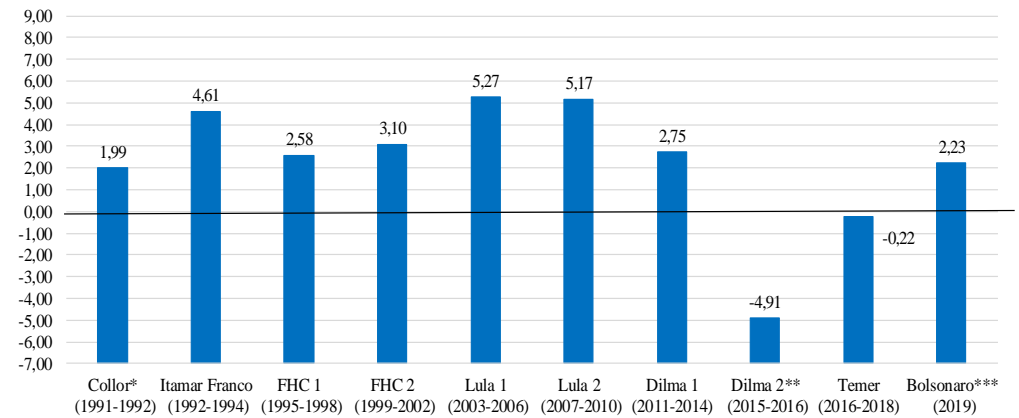
Média anual por mandato presidencial



Crescimento PNB per capita (%)



Média anual por mandato presidencial



Fonte: The World Bank, 2021 (elaboração e cálculos próprios). Dados completos no Apêndice 17.

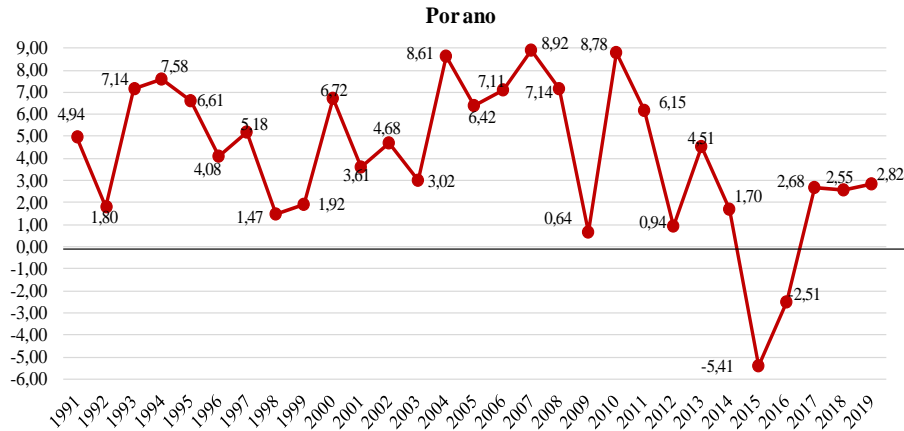
*Mandato do presidente Fernando Collor teve início em 1990.

**Mandato do presidente Dilma Rousseff terminou em 2016.

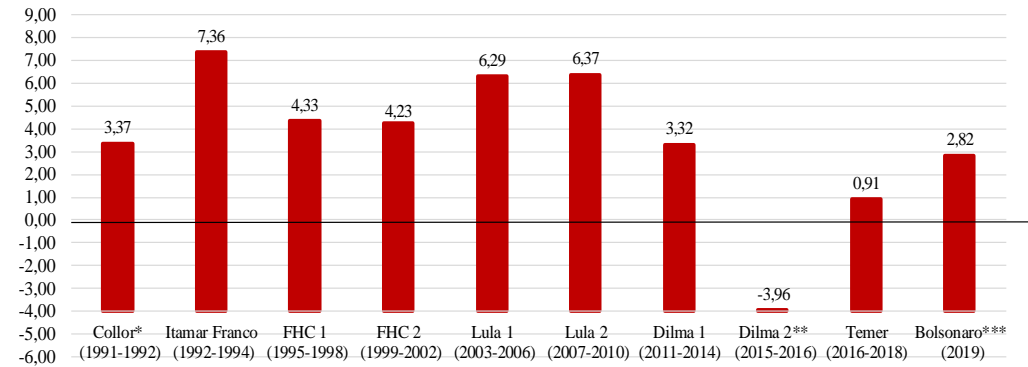
***Mandato do presidente Jair Bolsonaro terminou em 2022.

Figura 23 - Gráficos do crescimento do PNB e do PNB *per capita*, por ano e média anual por mandato presidencial, Brasil, 1991-2019.

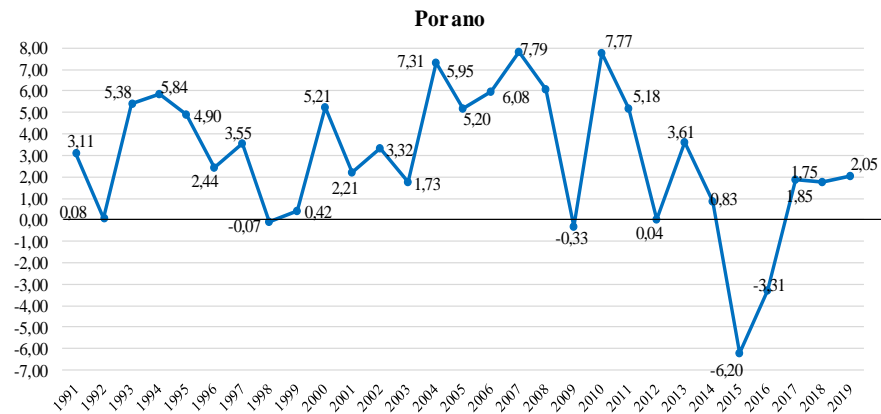
Crescimento PIB (%)



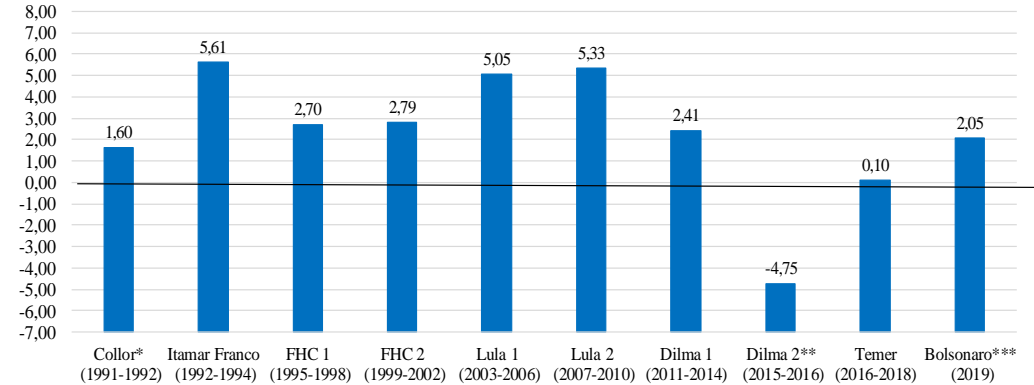
Média anual por mandato presidencial



Crescimento PIB per capita (%)



Média anual por mandato presidencial



Fonte: The World Bank, 2021 (elaboração e cálculos próprios). Dados completos no Apêndice 17.

*Mandato do presidente Fernando Collor teve início em 1990.

**Mandato do presidente Dilma Rousseff terminou em 2016.

***Mandato do presidente Jair Bolsonaro terminou em 2022.

Figura 24 - Gráficos do crescimento do PIB e do PIB per capita, por ano e média anual por mandato presidencial, Brasil, 1991-2019

Tabela 9 - Caracterização estatística e correlação entre o Índice de Gini, o IDH, a mortalidade infantil e a mortalidade em menores de 5 anos e indicadores econômicos, sociais e laborais, Brasil, 1991-2019.

Variáveis	Caracterização estatística dos indicadores ¹							
	\bar{x}	D.P.	Mín.	Máx.	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Normalidade ²
Índice de Gini ³	55,9	2,8	51,9	60,1	53,3	55,6	58,7	0,004
IDH	0,702	0,044	0,621	0,765	0,670	0,700	0,735	0,160
PIB (PPC (valores correntes \$))	2146898920710,93	763463200474,00	1047875888971,03	3187155079572,03	1456056827513,00	2045343044816,00	2970630083313,00	0,006
PIB <i>per capita</i> , PPC (valores correntes \$)	11374,81	3082,25	6909,92	15718,56	8582,07	10988,96	14519,85	0,006
PNB, PPC (valores correntes \$)	2091614042543,77	751359436828,00	1024393151254,15	3127764536961,12	1391681121645,00	1986218399398,00	2894294561188,00	0,005
PNB <i>per capita</i> , PPC (valores correntes \$)	11079,31	3043,73	6760	15430	8200	10670	14250	0,005
Taxa de desemprego (% ttl. força laboral)	8,60	1,93	6,03	12,82	6,98	8,43	9,61	0,071
Vulnerabilidade ocupacional (% ttl. trabalhadores)	30,49	2,74	25,89	33,98	28,02	32,08	32,63	0,003
População urbana (% ttl. pop.)	82,11	3,56	74,69	86,82	79,78	82,83	84,92	0,065
Mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos)	25,74	11,89	12,45	50,35	15,44	21,98	34,23	0,006
Mortalidade menores de 5 anos (por 1.000 nascidos vivos)	29,55	14,36	13,94	60,07	17,27	24,73	39,42	0,004

Correlação ⁴								
Variáveis	Índice de Gini		IDH ⁵		Mortalidade infantil		Mortalidade menores de 5 anos	
	<i>RHO/COR</i>	<i>p</i>	<i>RHO/COR</i>	<i>p</i>	<i>RHO/COR</i>	<i>p</i>	<i>RHO/COR</i>	<i>p</i>
Índice de Gini	—	—	-0,755	<0,001	0,763	<0,001	0,763	<0,001
IDH	-0,755	<0,001	—	—	-0,997	<0,001	-0,997	<0,001
PIB (PPC (valores correntes \$))	-0,781	<0,001	—	—	-0,986	<0,001	-0,986	<0,001
PIB <i>per capita</i> , PPC (valores correntes \$)	-0,784	<0,001	—	—	-0,964	<0,001	-0,964	<0,001
PNB, PPC (valores correntes \$)	-0,781	<0,001	0,981	<0,001	-0,986	<0,001	-0,986	<0,001
PNB <i>per capita</i> , PPC (valores correntes \$)	-0,787	<0,001	0,958	<0,001	-0,963	<0,001	-0,963	<0,001
Taxa de desemprego (% ttl. força laboral)	-0,071	0,716	0,525	0,003	-0,458	0,012	-0,458	0,012
Vulnerabilidade ocupacional (% ttl. trabalhadores)	0,739	<0,001	-0,912	<0,001	0,914	<0,001	0,914	<0,001
População urbana (% ttl. pop.)	-0,757	<0,001	0,985	<0,001	-0,999	<0,001	-0,999	<0,001
Mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos)	0,763	<0,001	-0,997	<0,001	—	—	—	—
Mortalidade menores de 5 anos (por 1.000 nascidos vivos)	0,763	<0,001	-0,997	<0,001	—	—	—	—

¹Cálculos realizados no pacote estatístico R-4.2.1. Dados completos nos Apêndices 17 e 18.

²Teste de normalidade Shapiro-Wilk (SOARES; SIQUEIRA, 2002).

³Nos casos em que a medida anual não está disponível, foi a utilizada a média dos anos adjacentes.

⁴Correlação de Pearson (COR) para testes entre o IDH e a taxa de desemprego e a % de população urbana. Correlação de Spearman (RHO) para cruzamentos entre os demais indicadores (PAGANO; GAUVREAU, 2006).

⁵Teste com PIB e PIB *per capita* não realizados, pois o PIB *per capita* compõe o IDH.

Nesse contexto de encolhimento e perda da renda de grande parcela da população, a pobreza assumiu a centralidade na formulação das políticas sociais, mas de forma focalizada. Segundo Silva (2010), esse formato de política social é mais uma face do neoliberalismo praticado no país nesse período, o que torna as políticas implementadas pouco eficazes. Para que resultados diferentes sejam alcançados, as políticas sociais deveriam ser articuladas a políticas macroeconômicas que garantissem geração de empregos, a redistribuição, o aumento da renda e a redução efetiva das desigualdades.

Em seu primeiro ano de governo, o FHC adotou o Programa Comunidade Solidária, voltado para ações emergenciais focalizadas em situações de pobreza extrema. Apesar do Programa ter trazido inovações institucionais, com redução da fragmentação da gestão e o aumento da capacidade de coordenação, possuía um caráter puramente compensatório, tendo em vista a não abordagem e enfrentamento dos desafios estruturais e das políticas de ajuste econômico, que impactaram, inclusive, o financiamento do programa (FAGNANI, 2010). Esse tipo de política social, predominante no país nesse período, ao ser desvinculada das questões macroeconômicas, assume um caráter marginal, reducionista e assistencialista, “direcionada aos mais pobres entre os pobres (YASBEK, 2004, p.104) e “servindo mais para regulação ou administração da pobreza num dado patamar (SILVA, 2010, p.158). Ainda, o programa foi pautado no princípio da solidariedade social, vinculando sua imagem à filantropia e não à realização de um direito social e de cidadania (YASBEK, 2004).

Em 1999, buscando corrigir ou minimizar os problemas do Comunidade Solidária, o governo FHC implementou o Programa Comunidade Ativa, cuja proposta envolvia o desenvolvimento de uma agenda local, de forma integrada e sustentável, a partir de projetos indicados pela comunidade. No final do segundo mandato, Fernando Henrique ainda lançou o Projeto Alvorada, o qual combinou outros programas e recursos, como o Fundo de Erradicação da Pobreza, o Bolsa-Escola e o Bolsa-Alimentação (SILVA, 2010; YASBEK, 2004). Embora tenha sido marcado pelo aprofundamento das políticas voltadas para o mercado e implementação de políticas sociais focalizadas, o governo FHC chegou ao final com um aumento global de 7,37% do IDH (Figura 26) e redução da mortalidade infantil (Figura 27) e da mortalidade em menores de cinco anos (Figura 28), respectivamente, de 34,72% e 36,62% (Tabela 10), únicos indicadores entre os analisados neste estudo que superaram os resultados obtidos no governo Lula (2003-2010).

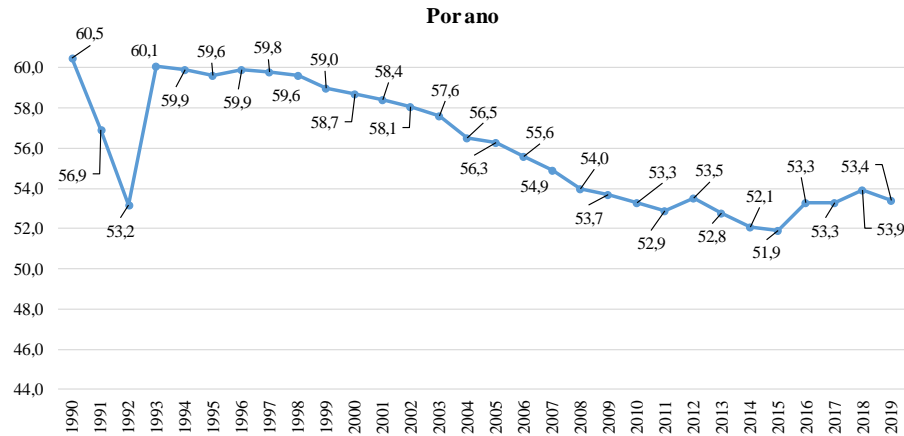
Tabela 10 - Valores e evolução de indicadores econômicos, sociais e de mortalidade, por mandato e por governo dos ex-presidentes FHC e Lula, Brasil, 1995-2010

Indicador	Ano							
	1995	1998	1999	2002	2003	2006	2007	2010
PNB, PPC (valores correntes \$, em bilhões) ¹	1291,38	1391,68	1406,47	1660,20	1713,53	2135,91	2335,44	2712,17
PNB per capita, PPC (valores correntes \$) ¹	7970	8200	8160	9250	9420	11350	12280	13860
PIB, PPC (valores correntes \$ em bilhões) ¹	1310,89	1456,06	1483,99	1717,83	1769,69	2190,73	2386,12	2798,62
PIB per capita , PPC (valores correntes \$) ¹	8090,89	8575,87	8611,90	9568,06	9733,77	11642,44	12549,93	14299,55
Índice de Gini ¹	59,6	59,6	59,0	58,1	57,6	55,6	54,9	53,3
IDH ²	0,651	0,670	0,676	0,699	0,695	0,702	0,706	0,727
Taxa de mortalidade infantil (por 1000 nascidos vivos) ³	40,90	34,23	32,22	26,70	25,02	20,63	19,44	16,69
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (por 1000 nascidos vivos) ³	47,79	39,42	36,97	30,29	28,30	23,18	21,81	18,68
Taxa de desemprego (% do total da força laboral)	6,42	9,42	10,21	9,37	9,99	8,64	8,33	7,73
Vulnerabilidade ocupacional (% do total de trabalhadores)	33,11	32,56	33,14	32,53	32,66	31,13	30,71	28,21
Evolução do indicador (%) ⁴	Governo							
	FHC 1 (1995-1998)	FHC 2 (1999-2002)	FHC global (1995-2002)	Lula 1 (2003-2006)	Lula 2 (2007-2010)	Lula global (2003-2010)		
PNB	7,77	18,04	28,56	24,65	16,13	58,28		
PNB <i>per capita</i>	2,89	13,36	16,06	20,49	12,87	47,13		
PIB	11,07	15,76	31,04	23,79	17,29	58,14		
PIB <i>per capita</i>	5,99	11,1	18,26	19,61	13,94	46,91		
Índice de Gini	0	-1,53	-2,52	-3,47	-2,91	-7,47		
IDH	2,92	3,4	7,37	1,01	2,97	4,60		
Mortalidade infantil	-16,32	-17,12	-34,72	-17,56	-14,14	-33,30		
Mortalidade < 5 anos	-17,51	-18,06	-36,62	-18,09	-14,35	-33,99		
Taxa de desemprego	46,73	-8,23	45,95	-13,51	-7,2	-22,62		
Vulnerabilidade ocupacional	-1,66	-1,84	-1,75	-4,68	-8,14	-13,63		

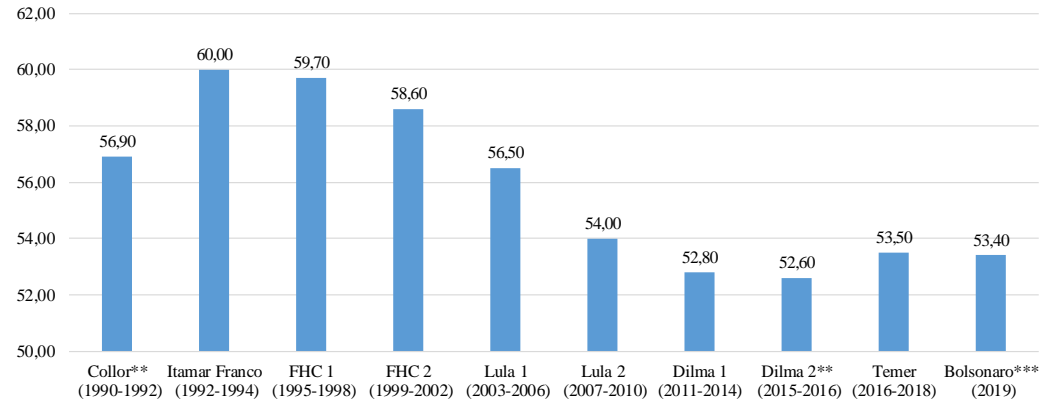
Fonte: ¹The World Bank (2021); ²UNDP (2021); ³UNICEF (2021).

⁴Evolução entre primeiro e último anos de cada mandato e de cada governo completo.

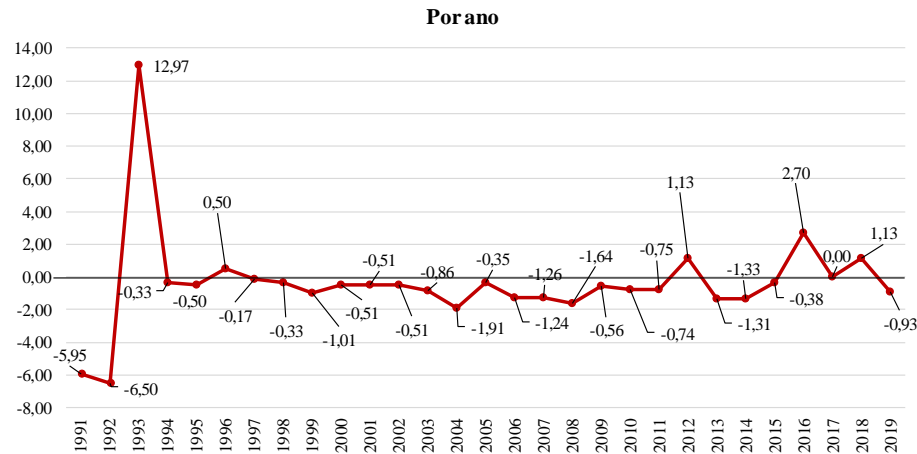
Índice de Gini*



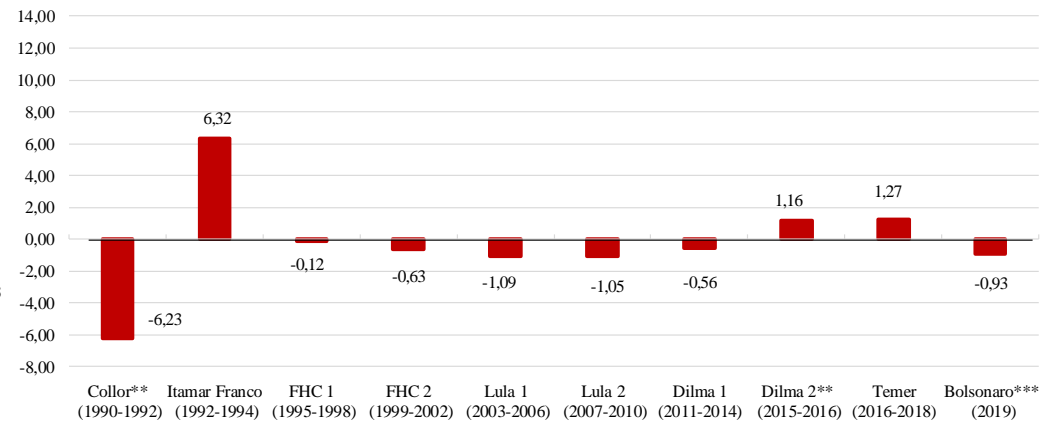
Média anual por mandato presidencial (%)



Redução do Índice de Gini (%)



Média anual por mandato presidencial (%)



Fonte: The World Bank, 2021 (elaboração e cálculos próprios). Dados completos no Apêndice 17.

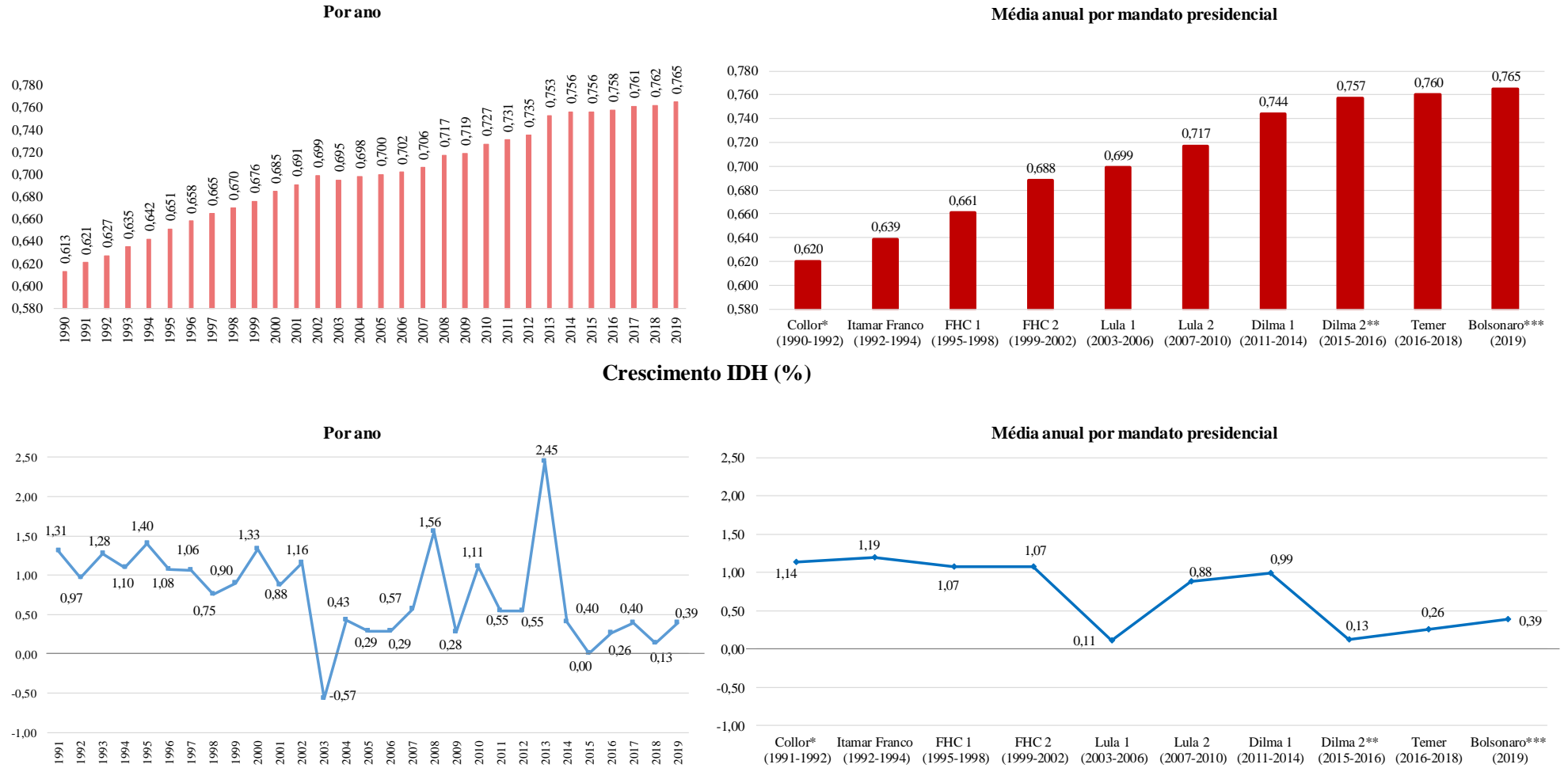
*Nos anos em que a medida não estava disponível, foi utilizada a média dos anos adjacentes.

** Mandato do presidente Fernando Collor teve início em 1990.

*** Mandato do presidente Jair Bolsonaro terminou em 2022.

Figura 25 - Gráficos da evolução histórica do Índice de Gini, por ano e média anual por mandato presidencial, Brasil, 1991-2019.

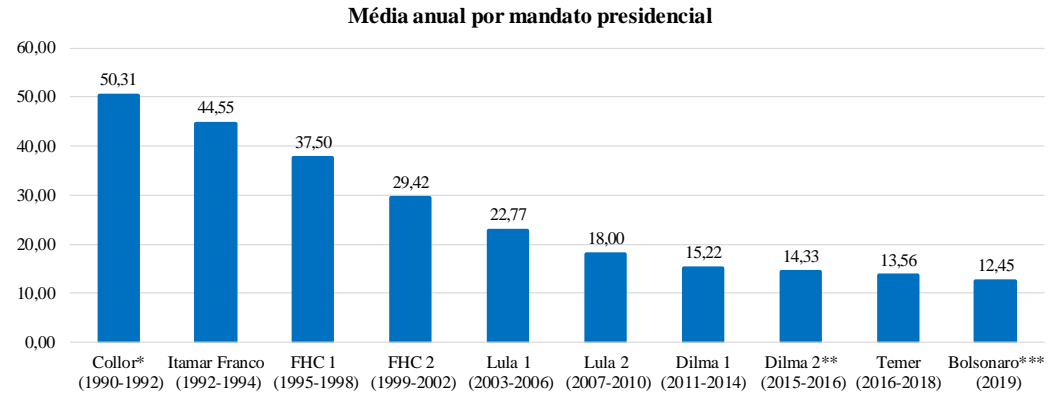
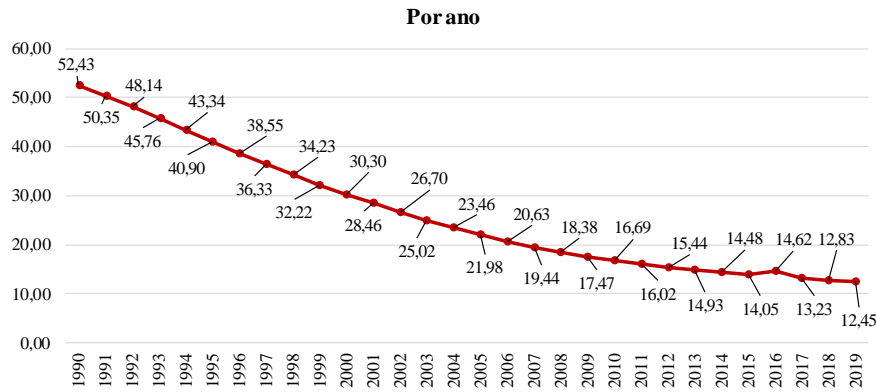
IDH



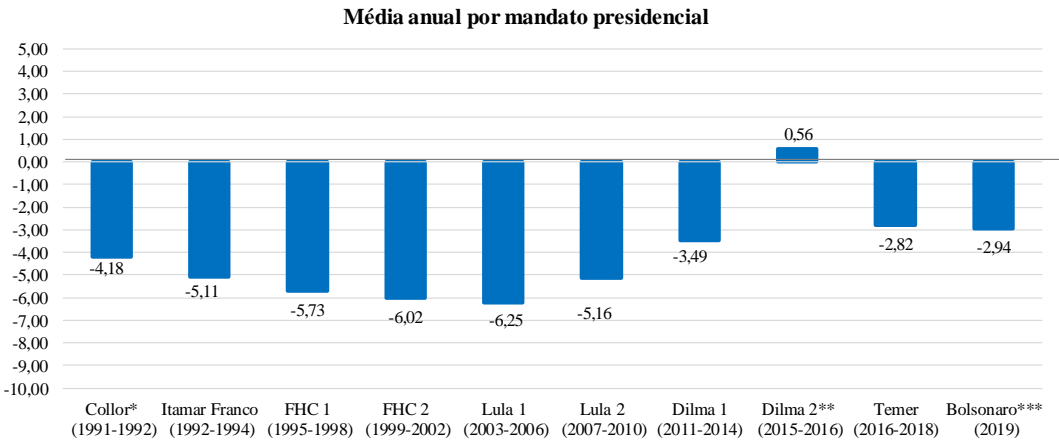
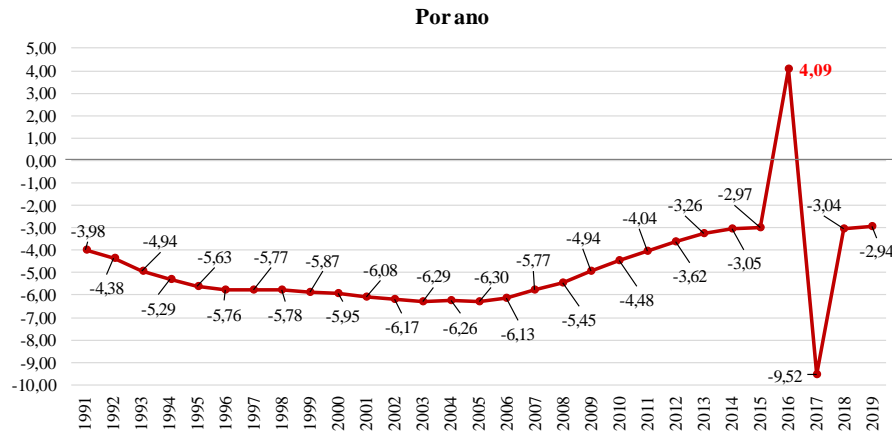
Fonte: The World Bank, 2021 (elaboração e cálculos próprios). Dados completos no Apêndice 17.
 ** Mandato do presidente Fernando Collor teve início em 1990.
 *** Mandato do presidente Jair Bolsonaro terminou em 2022.

Figura 26 - Gráficos da evolução histórica do IDH e do crescimento do IDH, por ano e por mandato presidencial, Brasil, 1990-2019.

Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos)



Queda da taxa de mortalidade infantil (%)



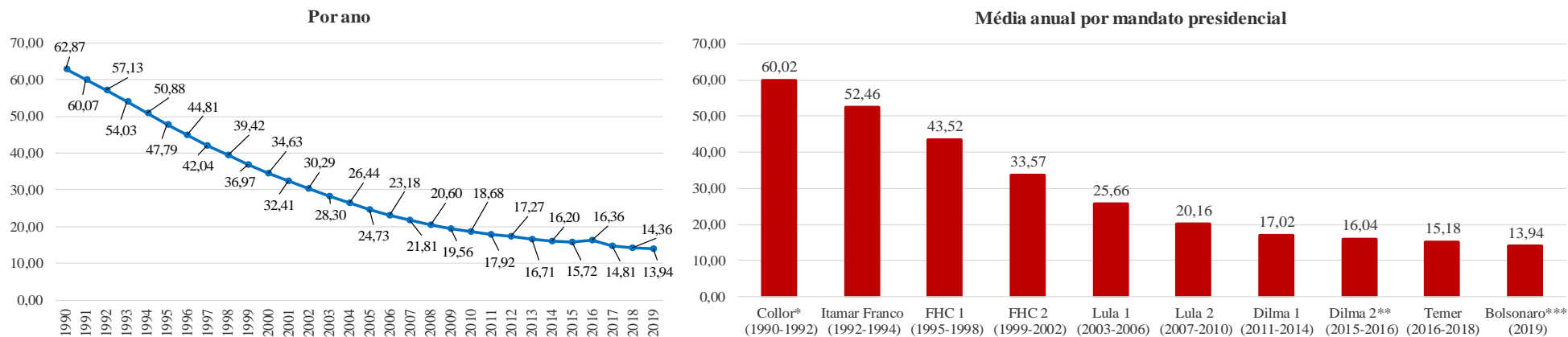
Fonte: The World Bank, 2021 (elaboração e cálculos próprios). Dados completos no Apêndice 18.

** Mandato do presidente Fernando Collor teve início em 1990.

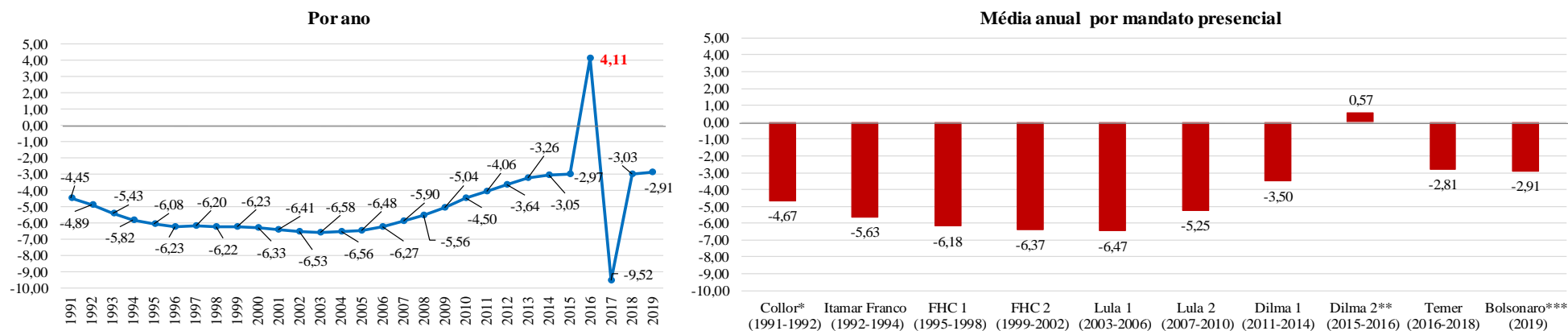
*** Mandato do presidente Jair Bolsonaro terminou em 2022.

Figura 27 - Gráficos da evolução histórica da taxa de mortalidade infantil, por ano e por mandato presidencial, Brasil, 1990-2019.

Taxa de mortalidade em menores de cinco anos (por mil nascidos vivos)



Queda da taxa de mortalidade em menores de cinco anos (%)



Fonte: The World Bank, 2021 (elaboração e cálculos próprios). Dados completos no Apêndice 18.

** Mandato do presidente Fernando Collor teve início em 1990.

*** Mandato do presidente Jair Bolsonaro terminou em 2022.

Figura 28 - Gráficos da evolução histórica da taxa de mortalidade em menores de cinco anos, por ano e por mandato presidencial, Brasil, 1990-2019.

No âmbito das políticas econômicas, o primeiro mandato do presidente Lula deu continuidade às medidas implementadas por FHC, sendo considerado por alguns autores, pelo menos a um primeiro momento, como um governo baseado no paradigma neoliberal. As principais medidas mantidas foram a política de câmbio flutuante, o controle da inflação e a definição de taxas elevadas de juros para se garantir o superávit primário, além de prosseguir com a grande dependência do comércio internacional (FILGUEIRAS, 2006; MORAIS; SAAD-FILHO, 2011). Ressalta-se que à época das eleições de 2002, quando foi eleito pela primeira vez, juntamente com os outros candidatos à presidência, Lula foi pressionado a assumir o compromisso de manter os contratos referentes às dívidas interna e externa, bem como aderir ao programa de recuperação do FMI acordado por FHC ao final de seu governo (MORAIS; SAAD-FILHO, 2011).

A partir de 2006, por outro lado, Lula passou a mesclar novas estratégias políticas a essas medidas, transformando-se em um governo híbrido em relação às políticas econômicas. As políticas macroeconômicas vigentes permaneceram, mas combinadas com estratégias pautadas no novo-desenvolvimentismo,⁹¹ que tem como eixos a redistribuição de renda e o aumento do investimento público. Além disso, as políticas que foram mantidas apresentaram modificações de alguns parâmetros, como a exclusão dos investimentos públicos e das contas de algumas empresas estatais do cálculo dos resultados primários, o que aumentou a disponibilidade de recursos para outros investimentos no setor público. Promoveu-se ainda o ganho de competitividade interna e externa por grandes empresas do país, devido a desonerações fiscais, ampliação do crédito, incentivos regulatórios e mesmo respaldo diplomático (MORAIS; SAAD-FILHO, 2011). Essa virada das prioridades políticas faz com que o governo Lula seja classificado como antineoliberal, com resgate do papel do Estado e centralidade nas políticas sociais como indutoras do desenvolvimento, a partir da distribuição de renda e expansão do mercado interno e do consumo popular (SADER, 2020).

A principal política inserida no eixo do aumento do investimento público foi o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), o qual partiu da necessidade de se desenvolver e aprimorar a infraestrutura econômica, social e urbana, como transportes e mobilidade; energia, comunicações; habitação e saneamento. Para dar escala e celeridade às ações, os arranjos institucional, normativo e orçamentário foram revistos e aperfeiçoados, fazendo com que o PAC tivesse a capacidade de se conectar com outras políticas e

⁹¹Segundo o novo-desenvolvimentismo, para a retomada do crescimento, com estabilidade da economia e menor custo fiscal, deve haver a substituição das políticas neoliberais por novas políticas monetárias, fiscais e cambiais, em subordinação a um projeto nacional de Estado, uma vez que o neoliberalismo é incompatível com a soberania estatal (MORAIS; SAAD-FILHO, 2011).

proporcionasse, para grande parte da população, melhorias importantes em seu cotidiano para além dos impactos diretos dos empreendimentos, como geração de empregos, aumento da renda e do consumo (CARDOSO JÚNIOR, 2017). Segundo Filgueiras (2006), por outro lado, os investimentos em infraestrutura se deram por meio de Parcerias Público-Privadas o que, para o autor, inaugurou um novo formato de privatizações.

No eixo de redistribuição de renda, um dos pilares foi a política de aumento do salário mínimo, a qual buscou corrigir quase 15 anos de defasagem. Ao longo do governo Lula, os reajustes trouxeram um importante efeito de redistribuição da renda e de redução da pobreza, levando a melhores condições de vida, não só para trabalhadores com emprego formal, mas também para aposentados, pensionistas e desempregados (BERG, 2009). Importante destacar que apesar do aumento do salário mínimo, ao contrário dos argumentos pró-mercado, a taxa de desemprego e a vulnerabilidade ocupacional haviam decaído, respectivamente, 22,62% e 13,63% ao final do segundo mandato (Tabela 10), sendo que o próprio PAC gerou novos postos de trabalho, contribuindo para os resultados encontrados.

Ao mesmo tempo, destaca-se o Programa Bolsa Família, implementado em outubro de 2003, unificando e aprimorando outros programas pulverizados em diversos ministérios, estados e municípios, muitas vezes com os mesmos requisitos de cadastro e permanência, em um caos administrativo que acabava levando à sobreposição de benefícios em alguns casos e falta de acesso em outros (SOARES, 2012). Uma questão central envolvendo a cobertura e o acesso ao Bolsa Família se referiu às condicionalidades para a elegibilidade ao programa, como manutenção de crianças e adolescentes de 7 a 15 anos na escola; a frequência regular de crianças de 0 a 6 anos às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a realização do pré-natal pelas gestantes, sendo que somente a primeira exigência era obrigatória por lei. Ressalta-se que, em muitos casos, manter a criança na escola representa um desafio, principalmente para as famílias mais vulneráveis, pois o acesso às escolas pode ser difícil, pela distância e/ou pelas condições do trajeto (SILVA, 2010; SOARES, 2012).

Há ainda desafios em se realizar um monitoramento eficiente e encontrar o equilíbrio entre manter as famílias no programa por tempo indeterminado e fomentar oportunidades para reduzir a dependência do benefício estatal. Uma das estratégias do governo foi a criação de programas complementares para capacitação de adultos, realização de obras para garantia de saneamento básico e energia elétrica, entre outros. Ainda assim, ao não se definir o Bolsa Família, ou como um programa de proteção social, ou como um programa de geração de oportunidades, ou seja, mantendo-se seu caráter híbrido, seu potencial impacto para os

beneficiários pode ter sido reduzido. Essa avaliação é complexa e, apesar de haver diversas análises nesse sentido, os resultados não são conclusivos (SOARES, 2012).

Por outro lado, mesmo que não seja possível a mensuração exata dos impactos diretos de cada uma das políticas que caracterizam o governo Lula, a evolução global dos indicadores analisados neste estudo evidencia que a combinação entre elas foi a chave para os avanços obtidos (Tabela 10). Os parâmetros e indicadores utilizados neste estudo demonstram resultados importantes quanto às melhorias promovidas entre 2003 e 2010. Além disso, embora a alta liquidez internacional do período de 2003 a 2008 tenha contribuído para os resultados (MORAIS; SAAD-FILHO, 2011), torna-se imperativo destacar que durante a crise mundial deflagrada em 2008, a condução política, econômica e social do governo Lula foi fundamental para que o Brasil não fosse direta e imediatamente prejudicado. Em 2008, houve queda da taxa de desemprego e o PNB e o PIB cresceram acima da média mundial,⁹² com uma piora desses indicadores em 2009 e nova recuperação em 2010 (Figuras 22, 23 e 24).

Em síntese, a partir da análise comparativa entre os desempenhos dos dois governos recentes mais longos da série histórica, o governo mais progressista no Brasil apresentou os melhores resultados combinados. O governo Lula apresentou incremento do PIB e do PNB entre 50 e 60%; redução do Índice de Gini em aproximadamente 8% e aumento do IDH em quase 5%. A mortalidade infantil e em menores de cinco anos, em que pese a possível subnotificação, nos dois países, em áreas rurais e/ou vulneráveis, apresentou maior decréscimo com Lula, mas os índices da Colômbia são menores que os do Brasil. Da mesma forma, os governos conservadores e ultraliberais de Uribe e FHC tiveram resultados similares em termos de redução da desigualdade e aumento do IDH. No âmbito econômico, entretanto, Uribe apresentou desempenho superior em mais que o dobro que FHC.

O presidente Lula foi sucedido por Dilma Rousseff (2011-2016), a qual deu continuidade ao programa de seu antecessor, priorizando a redução das taxas de juros e a desoneração da folha de pagamento, a fim de favorecer a geração de empregos e o crescimento da indústria nacional e dos serviços (PINHO, 2017). No primeiro mandato de Dilma (2011-2014), a vulnerabilidade ocupacional apresentou a menor média anual de toda a série histórica (26,46%) e o desemprego caiu 3,76%, passando de 6,92 para 6,66 (Figura 22). A média de desigualdade foi a segunda menor de todos os governos (a menor foi no em seu segundo mandato) e o IDH cresceu mais que nos mandatos de Lula. O PIB, o PIB *per capita*,

⁹²Gross Domestic Product, Purchasing Power Parity (current \$). Fonte: The World Bank. Economic Policy & Debt: Purchasing power parity. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.PP.CD>>. Acesso em: 26 dez. 2022.

o PNB e o PNB per *capita*, entretanto apresentaram baixo crescimento médio, evidenciando, conforme o compromisso de campanha assumido pela ex-presidenta, que as prioridades de seu governo foram a redistribuição e a redução da desigualdade (Figuras 23 e 24).

Essa estratégia, entretanto, foi de encontro aos interesses do mercado financeiro, o que contribuiu para a perda de apoio ao seu governo, dando início a uma campanha de difamação e deslegitimação de sua gestão. Dilma ainda precisou enfrentar escândalos de corrupção entre seus ministros, cujas demissões afetaram sua governabilidade e estabilidade junto ao Congresso; uma onda conservadora que levou à derrota de projetos importantes e a eclosão das manifestações de 2013 que, sob as bandeiras do combate à corrupção e do Estado mínimo, foram apropriadas pela direita política para derrubar o governo (PINHO, 2017).

Em 2014, no âmbito das ações de combate à corrupção, foi iniciada a Operação Lava Jato (2014-2021),⁹³ liderada pelo Ministério Público e pela Polícia Federal, cujas ações e medidas ocasionaram na paralisação de obras de infraestrutura, com criminalização das empreiteiras, gerando falências, demissões em massa e uma grave crise econômica e política (PINHO, 2017). Importante enfatizar que desde o final do seu primeiro mandato e início do segundo, a ex-presidenta Dilma não conseguiu, de fato, governar, seja pela obstrução legislativa das políticas propostas, seja por crises internas em seu governo. Além disso, a crise social e econômica que se seguiu foi instrumentalizada pelo candidato derrotado na eleição de 2014, pela oposição no Congresso e até mesmo por seu próprio vice-presidente.

O desemprego entrou em rápida ascensão, chegando a 8,43% em 2015 e 11,60% em 2016 (Figura 22). Os indicadores econômicos, de forma inversa, iniciaram uma curva descendente, sendo que o PIB chegou a cair 5,41% em 2015 e 2,51% em 2016 (Figuras 23 e 24). O Índice de Gini, a mortalidade infantil e a mortalidade em menores de cinco anos aumentaram em 2016 (Figuras 25, 27 e 28). Ressalta-se que esses resultados não significam que as causas da crise sejam somente políticas. Houve falhas de gestão, má liderança e baixa habilidade de negociação, além de um cenário externo desfavorável devido à queda dos preços das matérias primas exportadas pelo Brasil (FLEURY; PINHO, 2018), mas o movimento de derrubada do governo Dilma potencializou os efeitos negativos observados e impediu que medidas efetivas de enfrentamento fossem implementadas.

⁹³Apesar de sua importância para o combate à corrupção no país, devido a abusos cometidos pelas autoridades envolvidas e pela desconsideração às consequências políticas e econômicas para o Brasil, a Lava Jato acabou se tornando uma “bomba relógio”, uma espécie de sabotagem do próprio país (aspas nossas). Para mais informações ver: FERNANDES, L. Ilegalidades, abusos e contradições: Lava Jato completa cinco anos. Deflagrada em março de 2014, operação tornou-se sinônimo de arbitrariedade do Poder Judiciário. *Brasil de Fato*, São Paulo, 17 de março de 2019. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2019/03/17/ilegalidades-abusos-e-contradicoes-lava-jato-completa-cinco-anos-neste-domingo-17>>. Acesso em 10 nov. 2022.

Em agosto de 2016, após enfrentar um processo de *impeachment*,⁹⁴ considerado por diversos pesquisadores, juristas e cientistas políticos como um golpe parlamentar, Dilma foi substituída por seu vice-presidente, Michel Temer, que governou o país entre 2016 e 2018. Assim que assumiu, Temer colocou em prática o projeto de país iniciado com Collor e interrompido pelos 13 anos de governo da esquerda no Brasil. A austeridade fiscal foi o carro chefe, tendo como referência uma proposta apresentada pelo partido de Temer enquanto Dilma ainda era a dirigente máxima do país. O projeto, chamado de “Ponte para o Futuro”, representou a defesa da receita neoliberal, destacando-se a desindexação dos recursos da saúde, educação e previdência e a priorização do pagamento da dívida pública (PINHO, 2017). A consolidação dessa agenda se deu com a publicação da Emenda Constitucional nº 95 de 2016 (EC 95/2016), conhecida como PEC do teto de gastos, por meio da qual foi instituído o Novo Regime Fiscal previsto para vigorar por 20 anos, a partir de 2017 (BRASIL, 2016a).

Ressalta-se que a Emenda não se refere às chamadas despesas financeiras, ou seja, aquelas destinadas ao pagamento da dívida pública, mas somente às despesas primárias, relacionadas aos gastos com os benefícios previdenciários e ao custeio de políticas públicas, como saúde e educação. Segundo a EC/95, o exercício financeiro de 2017 seria equivalente à despesa de 2016 corrigida em 7,2%. A partir de 2018, o limite seria o exercício do ano anterior corrigido pela inflação (BRASIL, 2016a). Essa lógica de estruturação do orçamento público é extremamente perversa e, como agravante, diante do aumento progressivo dos gastos previdenciários, dentro do “bolo” cada vez menor das despesas primárias, os recursos destinados às políticas sociais vão sendo reduzidos ainda mais (PERES; SANTOS, 2019). Além da EC/95, o governo Temer foi marcado por uma reforma trabalhista e avanços na reforma previdenciária, sendo que ambas representaram redução do escopo de direitos.

Dando continuidade a esse processo, as eleições de 2018 e a sucessão de Temer representaram uma escalada autoritária, em consonância com a nova forma de agir da direita global, baseada no uso do sistema de justiça para perseguir líderes de esquerda. O presidente Lula era o principal candidato, mas devido a manobras jurídicas ilegais e ilegítimas, foi preso e impedido de concorrer. Após uma guerra ideológica baseada em notícias falsas difundidas

⁹⁴Os motivos apresentados para o impeachment não se sustentam juridicamente. As chamadas pedaladas fiscais foram usadas como uma artimanha para acusar a presidenta Dilma de improbidade administrativa. Para mais informações ver: FARIA, G. Cinco anos do golpe contra Dilma. Um crime continuado. *RBA – Rede Brasil Atual*, São Paulo, 31 de agosto de 2021. Disponível em: <<https://www.redebrasilatual.com.br/blogs/blog-na-rede/cinco-anos-golpe-impeachment-dilma/>>. Acesso em 10 nov. 2022.

pelas redes sociais, Jair Bolsonaro (2019-2022) foi eleito com apoio do mercado e da elite conservadora do país (SADER, 2020).^{95, 96}

O governo Bolsonaro avançou nas pautas e medidas ultraliberais e conservadoras, aprovando a reforma da previdência, enfraquecendo e extinguindo institucionalidades e órgãos responsáveis pela proteção e defesa dos direitos humanos e populações vulneráveis, em diversos campos. Foram observados retrocessos regulamentários na educação, na ciência, na cultura, no combate à fome, na proteção ao ambiente e especialmente na saúde. Há ainda a legitimação de um discurso intolerante que flerta com o fascismo (GUARNICA, 2022; LUCIANO; CORREA, 2022).

E o conservadorismo de um lado, o elitismo de outro e a truculência miliciana de outro, se juntaram mostrando que tem espaço para isso. Espaço popular, inclusive, com o crescimento de igrejas neopentecostais, de valores muito tradicionais e que invalidam transformações mais radicais, que vão além da superfície dessa sociedade. Então, eu acho que houve um retrocesso muito grande nesse sentido que se expressa, por exemplo, nas questões do feminismo, que nós tínhamos avançado; da possibilidade de discutir aborto, que não se pode nem falar isso mais no Ministério; LGBTQIA+; todas essas questões ligadas a grupos minoritários, como saúde indígena. Todo o respeito que estava se tendo à diversidade, à diferença e à necessidade de igualar os que são desiguais, e de promove-los e de promover seus direitos (Participante 10).

Ao mesmo tempo, a austeridade fiscal e o corte nas políticas públicas, desde o governo Temer, além de não terem resultado em crescimento econômico e desenvolvimento humano significativos (Figuras 23, 24 e 26), ao contrário dos argumentos pró-ajuste, representaram, entre 2016-2019 o aumento do desemprego e da vulnerabilidade ocupacional e do Índice de Gini (Figuras 22 e 25).

A partir desse breve resgate histórico dos principais aspectos e consequências relacionados às políticas econômicas e sociais implementadas desde 1990, é possível evidenciar que assim como na Colômbia, as prioridades e escolhas de cada governo impactam diretamente na melhoria ou deterioração das condições de vida da população. Trazendo-se

⁹⁵Enquanto deputado, Bolsonaro votou a favor do *impeachment* de Dilma Rousseff em um discurso marcado por falas conservadoras e pela defesa de um torturador da ditadura militar, como forma de atacar pessoalmente a Presidenta (BARBA, M. D.; WENTZEL, M. Discurso de Bolsonaro deixa ativistas ‘estarecidos’ e leva OAB a pedir sua cassação. *BBC News Brasil*, São Paulo, 19 de abril de 2016. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/04/160415_bolsonaro_ongs_oab_mdb>. Acesso em 16 dez. 2022).

⁹⁶O golpe em curso foi tão evidente, que o juiz que havia condenado Lula (Sérgio Moro), fora da jurisdição natural e legal e, sem provas cabais, tornou-se o Ministro da Justiça do governo Bolsonaro. O ex-juiz foi considerado parcial pelo Supremo Tribunal Federal (STF) e pelo Comitê de Direitos Humanos da ONU (Comitê da ONU diz que Moro foi parcial e violou direitos de Lula. *Carta Capital*, São Paulo, 27 de abril de 2022. Disponível em: < <https://www.cartacapital.com.br/justica/comite-da-on-diz-que-moro-foi-parcial-e-violou-direitos-de-lula/>>. Acesso em 16 dez. 2022.

para o objeto deste estudo, a efetivação do direito à saúde, e fazendo um paralelo com a discussão do caso colombiano, tais políticas, bem como os interesses que sustentam sua implementação, determinam a organização do sistema de saúde; seu financiamento; como se dá a participação privada e mesmo o conteúdo do direito e o modelo de atenção.

Há ainda uma variável do mercado e que vem impactando diretamente na condução das políticas de saúde e na entrada crescente participação privada - desde prestadores até seguradoras nacionais e internacionais - no sistema: a financeirização do capital. Conforme destaca Filgueiras (2006), no país, todos os grupos econômicos estão submetidos à lógica financeira e aplicam seus lucros no mercado financeiro. Mesmo aqueles que não estão ligados a uma instituição financeira, são beneficiados pela especulação e financiamento da dívida pública. Dessa forma, uma parte cada vez maior da riqueza do país é deslocada para o pagamento dos juros da dívida e esse movimento está relacionado à redução dos recursos para as políticas sociais universais, particularmente a saúde.

6.2 O reconhecimento e as garantias do direito à saúde: princípios, políticas e desafios do SUS

Mesmo diante de inúmeros desafios, obstáculos e ameaças, o SUS conseguiu avançar em diversos campos e realmente melhorar a vida e as condições de saúde. Foi criada uma rede robusta de instituições de ensino e pesquisa, como universidades, institutos e escolas de saúde pública que defendem o SUS e atuam em conjunto com a gestão. Houve também avanços importantes no desenvolvimento de sistemas de informação, fundamentais para o monitoramento e avaliação das políticas de saúde (PAIM, 2018). Os indicadores melhoraram, principalmente de mortalidade infantil e expectativa de vida; a APS ampliou o acesso das pessoas à rede de cuidados; houve uma política bem-sucedida de medicamentos genéricos; a política de saúde mental tomou contornos diferentes e humanos; entre outros avanços (Participantes 2, 3 e 5).

Como parte do reconhecimento em nível constitucional do direito à saúde, o Brasil é signatário dos principais instrumentos internacionais de proteção dos direitos humanos, tendo ratificado, em 1992, o PIDESC, o PIDCP e o Pacto de San José da Costa Rica e, em 1996, o Protocolo de San Salvador (PNUD, 2015; 2018), todos após o fim da ditadura militar e da promulgação da Constituição de 1988. Durante o governo autoritário, juntamente com a luta pela redemocratização do país, teve início o Movimento Brasileiro de Reforma Sanitária, concebido nos espaços da medicina comunitária nos anos 1970, a partir do enfrentamento às

concepções de saúde preventista liberal e biologicista que predominavam nesse período. Do ponto de vista teórico e ideológico, o Movimento incorporou as discussões de correntes marxistas, além de ter se baseado nos princípios dos instrumentos de proteção dos direitos humanos, na Conferência de Alma-Ata e na experiência de sistemas universais já consolidados, como Sistema Nacional de Saúde cubano e o *National Health Service* (NHS) da Inglaterra (BRASIL, 2011a; ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER; 2005; PAIM, 2008).

O movimento foi encabeçado por professores, pesquisadores, estudantes e líderes de esquerda que, amparados por instituições fundamentais para a defesa do direito à saúde, como o Centro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), incorporaram à luta as diretrizes da Promoção à Saúde, como o conceito ampliado de saúde, a determinação social e a universalidade (PAIM, 2008). Segundo o Participante 6, os primeiros números da revista Saúde em Debate, editada pelo CEBES, já traziam a ideia da defesa do direito à saúde e da mudança do sistema, por meio de uma reforma sanitária. Paralelamente, houve vários debates no país sobre essa questão, sendo emitido um manifesto de acadêmicos da área de saúde coletiva, denominado “A questão democrática na área da saúde”, no 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde, com a proposta de construção de um Sistema Único de Saúde, já em 1979.

Entre os princípios da Reforma Sanitária, destaca-se a universalidade, a qual visou contrapor o modelo previdenciário de assistência vigente, centralizado no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS),⁹⁷ cujas ações eram verticalizadas e baseadas na assistência privada médico-hospitalar. Além disso, o Sistema reforçava a separação histórica entre saúde pública e assistência médica individual, atendendo somente àqueles que possuíam emprego formal (carteira assinada). A assistência à população pobre, por outro lado, era realizada por organizações filantrópicas e por um enfraquecido setor público (BRASIL, 2011a; LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, um dos principais marcos da Reforma, a qual contou com a participação dos líderes do movimento e representantes da sociedade civil, de grupos profissionais e de partidos políticos. Os três eixos temáticos das discussões foram: Saúde como Direito; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial (BRASIL, 1986). Na primeira mesa, dedicada ao debate sobre a relação Estado e direito social à saúde, a concepção da saúde como um direito humano

⁹⁷Vinculado ao Ministério da Saúde em 1990 pelo Decreto nº 99.060 e extinto pela Lei 8.689 de 1993, a qual definiu os critérios de incorporação e cessão do seu patrimônio para o Ministério da Saúde, estados e municípios; transferência dos serviços; integração dos servidores e assunção de suas obrigações financeiras pelo Fundo Nacional de Saúde (BRASIL, 1990a; 1993a).

fundamental se pautou em uma perspectiva mais política do que jurídica ou ética. Em outros termos, as discussões partiram de um “olhar da saúde, como direito humano fundamental vinculado à noção de cidadania, como uma conquista civilizatória” (Participante 6). A Participante 10 tem a mesma percepção e enfatiza que o direito à saúde nesse debate, portanto, não traz o sentido de orientação legal, mas sim “a dimensão cívica mesmo da cidadania. Quer dizer, o quê que essa sociedade compartilha, em termos de valores” (Participante 10).

Segundo o relatório final da Conferência, a reforma do sistema de saúde deveria ir além do âmbito administrativo e financeiro, sendo necessárias mudanças profundas acerca do entendimento de saúde. Houve debates sobre a possibilidade de estatização do sistema e se sua implementação seria imediata ou progressiva, permanecendo a proposta de fortalecimento e expansão progressivos do setor público, com o setor privado totalmente subordinado às normas do Direito Público (BRASIL, 1986; ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER; 2005).

No primeiro eixo, Saúde como Direito, foram enfatizados os determinantes sociais da saúde; sua interface com os demais direitos humanos, com a desigualdade e com as condições de vida; a sua dependência em relação aos valores da sociedade e das prioridades dos governantes frente a interesses privados e econômicos; a importância da participação popular; a necessidade de um modelo de atenção inclusivo, entre outras questões estruturais. Ainda, foi ressaltada a urgência em se suspender e se discutir coletivamente o pagamento da dívida externa, bem como a necessidade de normatização e controle dos serviços por parte do Estado, sejam públicos ou privados (BRASIL, 1986).

O eixo de Reformulação do Sistema de Saúde propôs a criação de um Sistema Único de Saúde, separado institucionalmente da Previdência, tendo como princípios para a organização dos serviços a descentralização da gestão; a integralidade, envolvendo a superação da dicotomia prevenção-cura; a unidade na condução das políticas; a regionalização e a hierarquização; a participação; o fortalecimento municipal e a inclusão de práticas alternativas. Paralelamente, as condições de acesso e qualidade aos serviços de saúde deveriam ser pautadas pela universalização da cobertura; pela equidade; pelo atendimento oportuno; pelo respeito à dignidade; entre outras recomendações. Foram ressaltadas questões para valorização dos profissionais de saúde e repartição de competências entre os três níveis federativos, além de um financiamento adequado para possibilitar as mudanças necessárias e a universalização do sistema (BRASIL, 1986).⁹⁸

⁹⁸Em 1987, a partir de uma proposta do Presidente do INAMPS, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), pautado nos princípios discutidos na 8ª Conferência: universalidade,

Paralelamente aos debates da reforma sanitária, o Direito Sanitário, enquanto uma vertente doutrinária do Direito, também se consolidou no Brasil, acompanhando movimentos internacionais de construção da disciplina, tendo como pilares os Direitos Humanos, o Direito Administrativo e a Saúde Pública (Participante 8). A partir de 1987, ocorreram diversas discussões entre professores e pesquisadores do campo do direito e da saúde pública na Universidade de São Paulo, revelando o direito à saúde como uma reivindicação de um direito fundamental associado ao direito da saúde pública, ou seja, o arcabouço jurídico “que têm por objeto a promoção, prevenção e recuperação da saúde de todos os indivíduos” (DALLARI, 2003). O momento histórico da Reforma Sanitária significou, portanto, além da perspectiva política, o desenvolvimento da perspectiva jurídica da saúde como um direito.

Nesse cenário, a Constituinte incorporou grande parte dos princípios, diretrizes e recomendações contidos no relatório e nos textos produzidos na 8ª Conferência (Participante 6), e o direito à saúde foi reconhecido como um “direito de todos e dever do Estado”, materializado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e pautado na universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e controle social. O direito à saúde está presente no Art.6º como um direito social universal, no Art.194 como parte do sistema de seguridade social, e entre os Arts.196 e 200, nos quais foram estabelecidas questões gerais do Sistema, do seu financiamento e da organização da atenção (BRASIL, 1988).

Entre as diretrizes do Sistema, a participação da comunidade para a construção, organização e monitoramento dos serviços, foi apresentada no Art.198. Essa definição de participação, o terceiro pilar do Novo Constitucionalismo Latino-americano, é muito importante para se compreender a concepção político-social do SUS relacionada à determinação social da saúde dentro de cada território:

É muito interessante ler a Constituição nessa perspectiva de entender porquê que ela falou em comunidade. Por quê que ela não falou em sociedade. Por quê que ela não falou em coletividade. Ela falou em comunidade. E foi nessa linha de ouvir as comunidades, onde a saúde acontece de fato, onde as pessoas sofrem. Na sociedade o sofrimento é difuso na área de saúde, é diluído, ele às vezes é indistinto. Numa comunidade, você tem essa sensação mais próxima. Tem pessoas que sofrem problemas, tem pessoas que precisam de tratamento, tem pessoas que vivem, se comunicam, têm uma história, têm um nome. Na sociedade, ninguém tem nome. Nas comunidades, as pessoas se conhecem (Participante 3).

Apesar do reconhecimento da saúde como um direito, a CF/88 apresenta uma contradição ao permitir que a atenção à saúde seja realizada pela iniciativa privada, de forma

complementar ao SUS, transformando os cidadãos em consumidores (BRASIL, 1988; CEBES, 2014). Essa contradição se relaciona diretamente ao processo da Constituinte e aos governos que se seguiram, imprimindo ao texto constitucional um caráter bifronte, ao mesmo tempo em que as políticas econômicas e o ajuste fiscal impediram a plena realização do direito. Para o Participante 1, a aprovação quase unânime da Constituição está relacionada à possibilidade de atuação do setor privado em diversos campos, fora do processo regulatório do Estado. No âmbito da saúde, a regulamentação se limitou às instituições públicas, fazendo com que o Brasil não tenha, na verdade, um Sistema Único de Saúde. Em outros termos, o texto constitucional, ao deixar a saúde livre à iniciativa privada, mesmo com a contratualização de instituições pelo direito público, criou um subsistema que “tensionou e continua tensionando” a construção do SUS (Participante 1).

Essa percepção em relação ao desenho dual do sistema de saúde brasileiro dialoga com o estudo de Menicucci (2007), pelo qual foi possível observar que os legados das políticas estabelecidas anteriormente à reforma sanitária também se relacionam à existência de um subsistema paralelo ao SUS, ou seja, um sistema de saúde segmentado, com dupla trajetória. O modelo de sistema anterior, marcado pela assistência de caráter empresarial, foi sendo reproduzido ao longo do tempo, favorecendo a naturalização das escolhas anteriores à Reforma. Na Constituinte, as novas escolhas foram limitadas pela influência dos empresários do setor, os quais foram capazes de alterar a proposta original do Sistema, por meio de coalizões com grande poder de pressão e de veto. O reforço permanente das práticas privadas, principalmente por meio da compra de serviços de terceiros, limitou a capacidade do Estado em ampliar a rede de serviços públicos (MENICUCCI, 2007), significando para o sistema, juntamente com as políticas econômicas voltadas para o mercado, a dependência contínua da infraestrutura privada.

A Participante 10 concorda com essa premissa, e reforça que a inserção da saúde complementar na Constituição serviu para aproveitar os leitos privados que já existiam antes de 1988, ou seja, 70% do total de leitos no país. “Os leitos hospitalares já eram privados no Brasil e, por isso, teve que se criar essa ideia de uma saúde complementar. (...). Nós não avançamos nesse sentido, ou seja, nós continuamos com 70%, até hoje, da área privada”. (Participante 10).

A partir da ideia de dupla trajetória do Sistema, observa-se que, paralelamente ao fortalecimento do componente privado, foram implementadas garantias legais e institucionais que conseguiram avançar em direção à efetivação do direito à saúde, visão que é compartilhada pelo Participante 1:

Então, na questão da implementação do direito à saúde nesse processo, nesses mais de trinta anos da Constituição, se o vetor é positivo - e eu acredito que ele é extremamente positivo, porque tem resultados muito importantes etc. De outro lado, ele não foi homogêneo durante esse período. Pelo contrário. Ele foi bastante heterogêneo, nós tivemos avanços e retrocessos durante todo esse período e, isso dificultou ou obstaculizou muito a expansão dessa discussão do direito para toda sociedade brasileira (Participante 1).

Os entrevistados, de modo geral, avaliam positivamente o saldo entre os avanços e retrocessos com a criação do SUS e sua regulamentação. “A gente tem um arcabouço normativo muito importante, muito positivo, que é referência no mundo, inclusive” (Participante 7). Para o Participante 2, quando se compara o contexto atual com o cenário pré-1988, percebe-se um importante avanço civilizatório, dada a característica do sistema anterior, que era um misto entre a assistência privada, a caritativa e a com viés corporativo (Participante 2). Os Participantes 3 e 6 ressaltam o quanto um sistema como o SUS destoa da tradição da sociedade e do Estado brasileiro, de priorização de políticas econômicas liberais, com manutenção das desigualdades e negação de direitos sociais. “Então, o SUS, por excelência, é uma resposta avançada a um país que, na sua história, preservava mais do que mudava, restaurava mais do que transformava (Participante 6).

O SUS é uma experiência humanitária, uma experiência abrangente, inclusiva, uma experiência cidadã, em um Estado liberal. E é liberal no sentido econômico. É uma experiência, nesse sentido, uma experiência insurgente. É uma cunha de um humanismo esclarecido, bem formado, uma excelente experiência da Constituição de 1988 num Estado liberal. Portanto, é um corpo estranho. O SUS é, um certo modo de ver, um sistema que é um corpo estranho num corpo maior, que é o Estado brasileiro (Participante 3).

Isso significa que a implementação do SUS se deu em um cenário de disputa que foi favorecido pelo projeto econômico neoliberal, afastado do Sistema idealizado no Movimento de Reforma Sanitária (FLEURY, 2018). Como lembra o Participante 6, o momento em que o SUS foi implantado coincidiu com a queda do Muro de Berlim, com o estabelecimento do Consenso de Washington e com o auge da crise dos Estados de Bem-Estar Social, ou seja, havia uma correlação de forças no mundo que também estavam presentes na Constituinte, venceram as eleições presidenciais de 1989 e eram contrárias ao SUS.

Essa correlação de forças foi além da Constituinte e se manteve nos governos posteriores, fazendo com que a legislação infraconstitucional do Sistema ou fosse postergada, ou fosse alterada, manipulada e dificultada. Tal processo antecede a chegada de interesses privatistas, pois a dívida externa já estava aumentando a dependência do Brasil em relação às agências internacionais que se opunham à ideia de um direito universal e igualitário e

defendiam a focalização. “Então, já foi uma peleja. Legalmente já foi difícil. Nem para a legislação infraconstitucional, foi fácil” (Participante 10).

Para Noronha e Soares (2001), esse período, marcado por “profundas mudanças econômicas, sociais e institucionais”, mais do que a estagnação, representou o retrocesso do processo de construção da proteção social no Brasil (NORONHA; SOARES, 2001, p.446). Foi nesse contexto que o arcabouço legal e regulamentador do SUS começou a ser construído, entrando na fase de institucionalização da reforma sanitária (Participantes 6 e 10). Em síntese, sendo um “corpo estranho” em meio às políticas macroeconômicas direcionadas pelo Consenso de Washington nos governos posteriores, o marco legal do SUS buscou garantir progressivamente o direito à saúde, mas sem questionar ou enfrentar efetivamente a dualidade do sistema. Na verdade, como lembraram os entrevistados, a dualidade pública-privada foi naturalizada, legitimada e mesmo reforçada pelos instrumentos mais importantes e norteadores das políticas de saúde ao longo dos anos.

A Lei 8.080 de 1990, foi o primeiro marco legal do sistema após a promulgação da Constituição, e visou estabelecer as “condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços” (Figura 29).⁹⁹ O documento enfatizou o caráter fundamental do direito à saúde, representado pelo dever do Estado em garantir seu pleno exercício, a partir de políticas econômicas e sociais com vistas a assegurar “o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços”. Ainda, os determinantes e condicionantes sociais, ambientais e econômicos da saúde foram reconhecidos, dentro de um conceito ampliado de saúde (BRASIL, 1990b).

⁹⁹Marco histórico-legal do SUS (1990-2020), segundo os principais componentes do sistema (conteúdo do direito à saúde; organização do sistema; mudança institucional; participação privada; modelo de atenção; financiamento e fluxo de recursos; participação e cobertura e acesso: ¹Lei 8.080/1990; ²Lei 8.142/1990; ³Lei 99.060/1990; ⁴Resolução 258/1991; ⁵Viana; Dal Poz (1998); ⁶Portaria 234/1992; ⁷Portaria 545/1993; ⁸Lei 8.689/1993; ⁹Decreto 1.232/1994; ¹⁰Decreto 1.651/1995; ¹¹Portaria 2.203/1996; ¹²Lei 9.313/1996; ¹³Portaria 3.916/1998; ¹⁴Lei 9.637/1998; ¹⁵Lei 9.656/1998; ¹⁶Lei 9.836/1999; ¹⁷Lei 9.790/1999; ¹⁸Lei 9.782/1999; ¹⁹Lei 9.961/2000; ²⁰EC 29/2000; ²¹Medida Provisória 2.177/2001; ²²Portaria 95/2001; ²³Portaria 373/2002; ²⁴Lei 10.424/2002; ²⁵Resolução 338/2004; ²⁶Lei 11.108/2005; ²⁷Portaria 399/2006; ²⁸Portaria 1.097/2006; ²⁹Portaria 152/2006; ³⁰Portaria 3.323/2006; ³¹Portaria 3.277/2006; ³²Portaria 648/2006; ³³Portaria 204/2007; ³⁴Programa Mais Saúde/2008; ³⁵Portaria 1.559/2008 ³⁶Portaria 837/2009; ³⁷Criação CEAF/2010; ³⁸Portaria 4.279/2010; ³⁹Portaria 1.034/2010; ⁴⁰Lei 12.466/2011; ⁴¹Portaria 940/2011; ⁴²Lei 12.401/2011; ⁴³Decreto 7.646/2011; ⁴⁴Decreto 7.508/2011; ⁴⁵Portaria 2.488/2011; ⁴⁶Lei Complementar 141/2012; ⁴⁷Portaria 837/2012; ⁴⁸Portaria 2.135/2013 ⁴⁹Lei 12.895/2013; ⁵⁰Reformulação CEAF/2014; ⁵¹Lei 13.097/2015; ⁵²EC 86/2015; ⁵³EC 93/2016; ⁵⁴EC 95/2016; ⁵⁵Lei 13.427/2017; ⁵⁶Portaria 2.436/2017; ⁵⁷Portaria 3.992/2017; ⁵⁸Portaria 2.979/2019; ⁵⁹Lei 13.958/2019; ⁶⁰Decreto 10.283/2020.

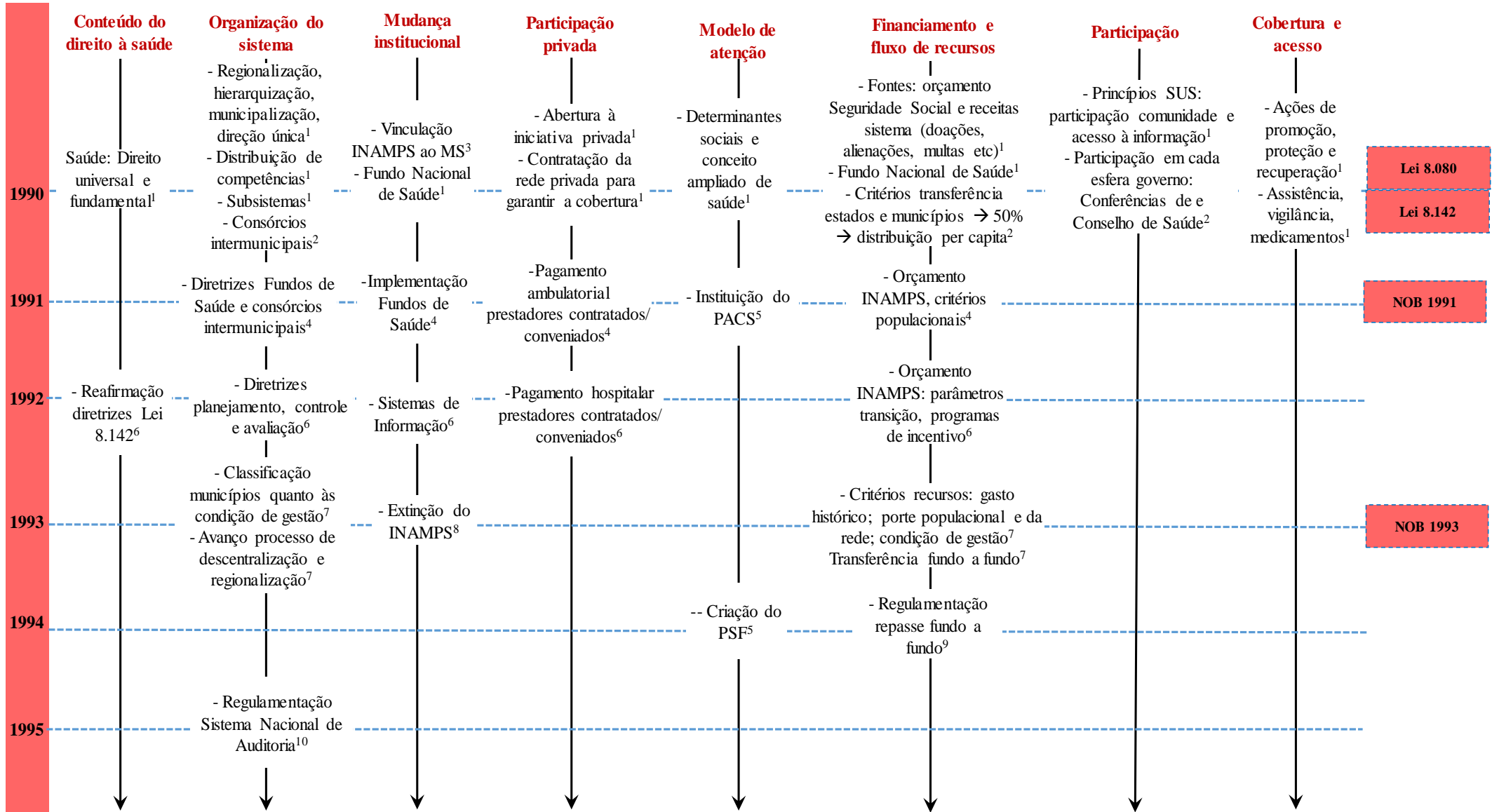


Figura 29 - Marco histórico-legal do SUS segundo os principais componentes do sistema, Brasil, 1990-2020 (elaboração própria).

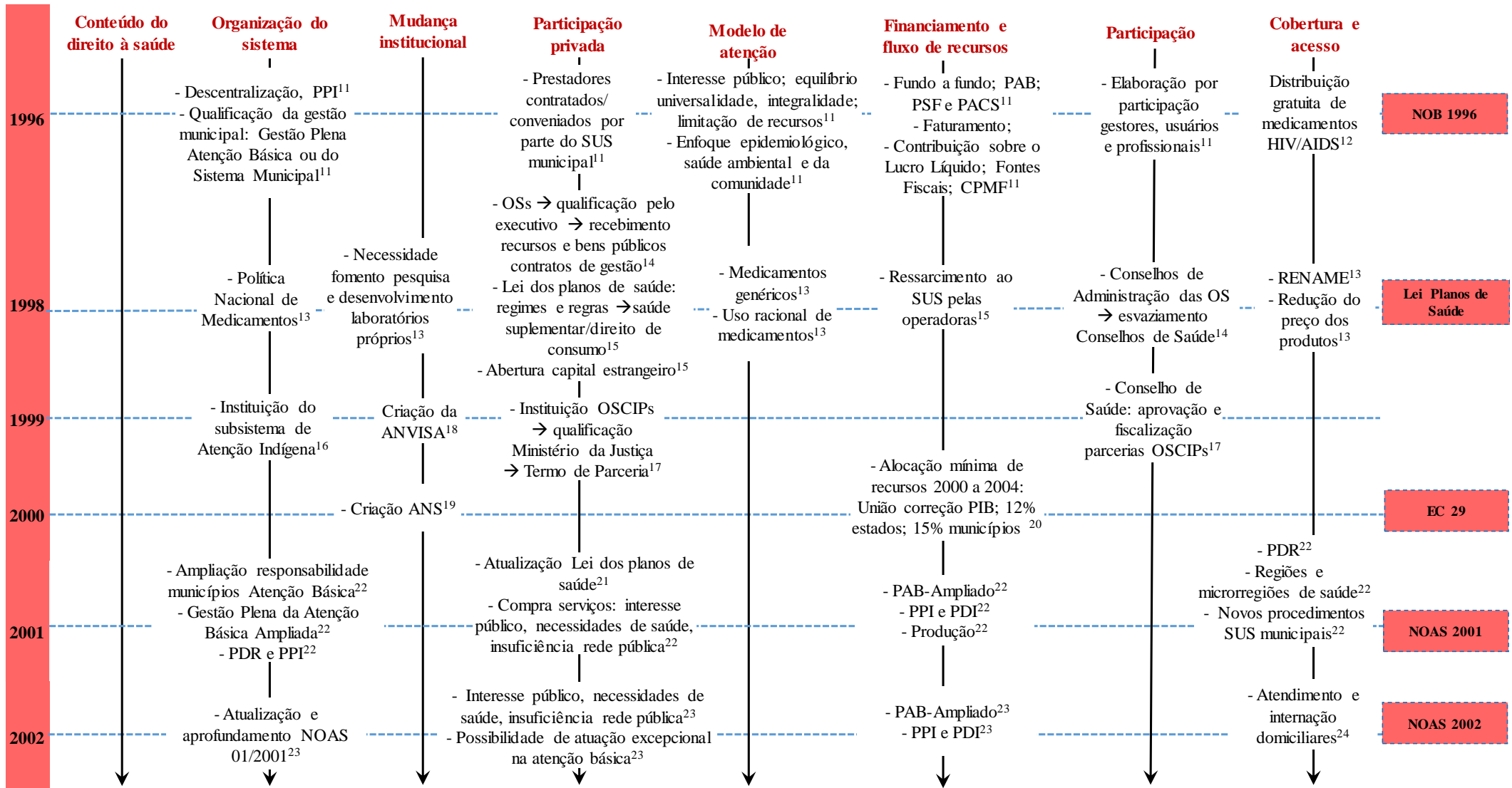


Figura 29 - Marco histórico-legal do SUS segundo os principais componentes do sistema, Brasil, 1990-2020 (elaboração própria, continuação).

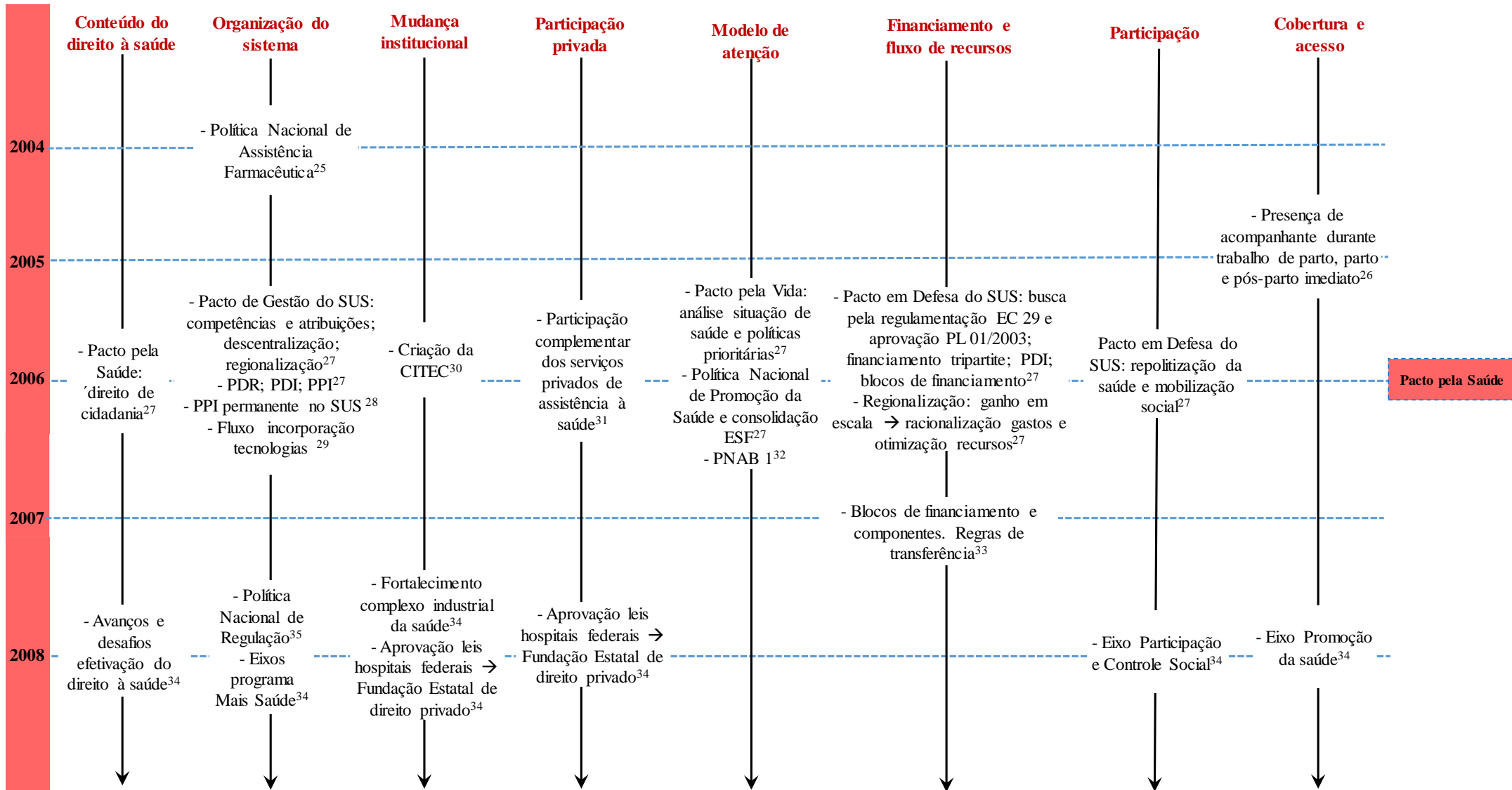


Figura 29 - Marco histórico-legal do SUS segundo os principais componentes do sistema, Brasil, 1990-2020 (elaboração própria, *continuação*).

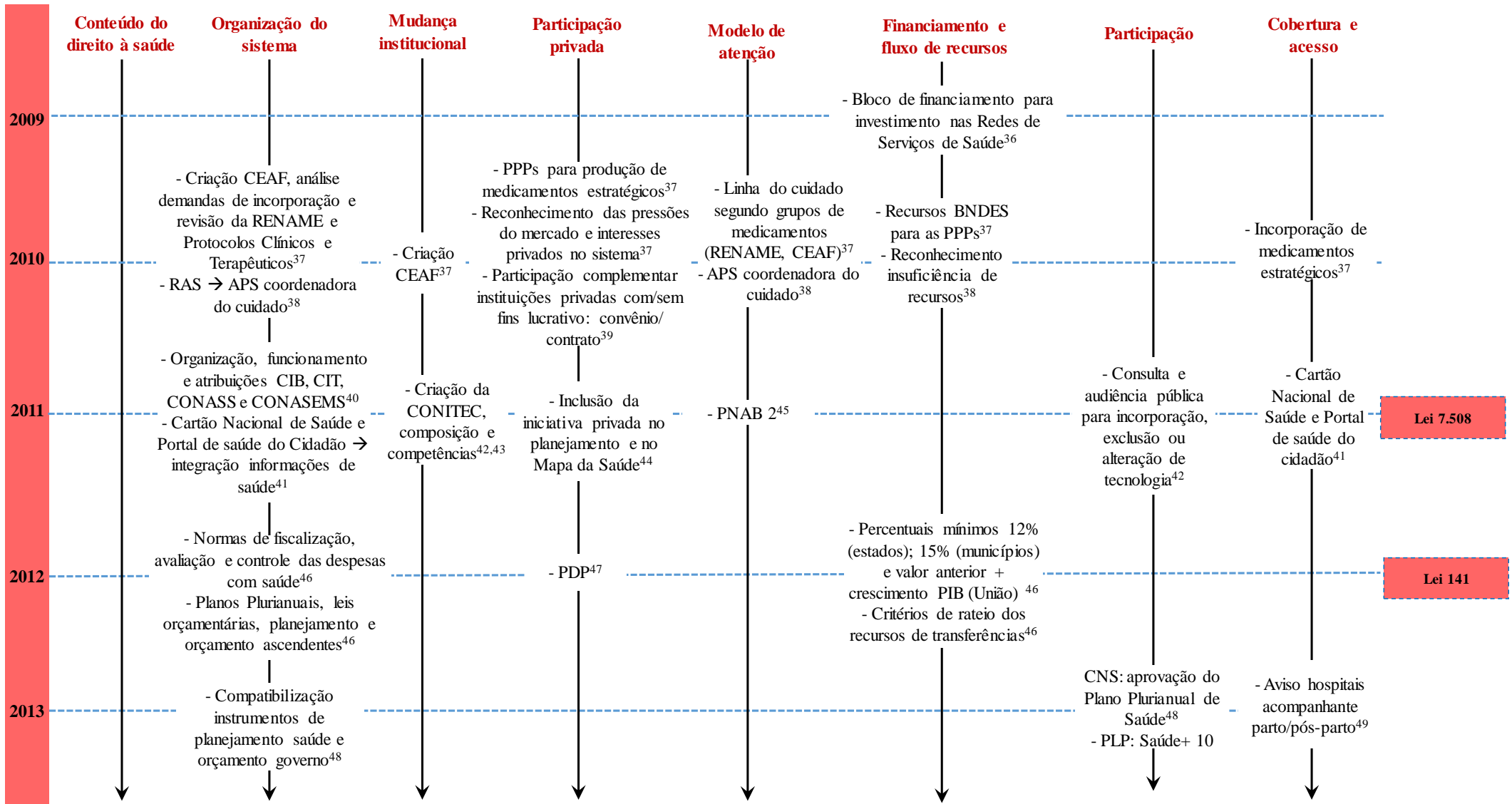


Figura 29 - Marco histórico-legal do SUS segundo os principais componentes do sistema, Brasil, 1990-2020 (elaboração própria, *continuação*).

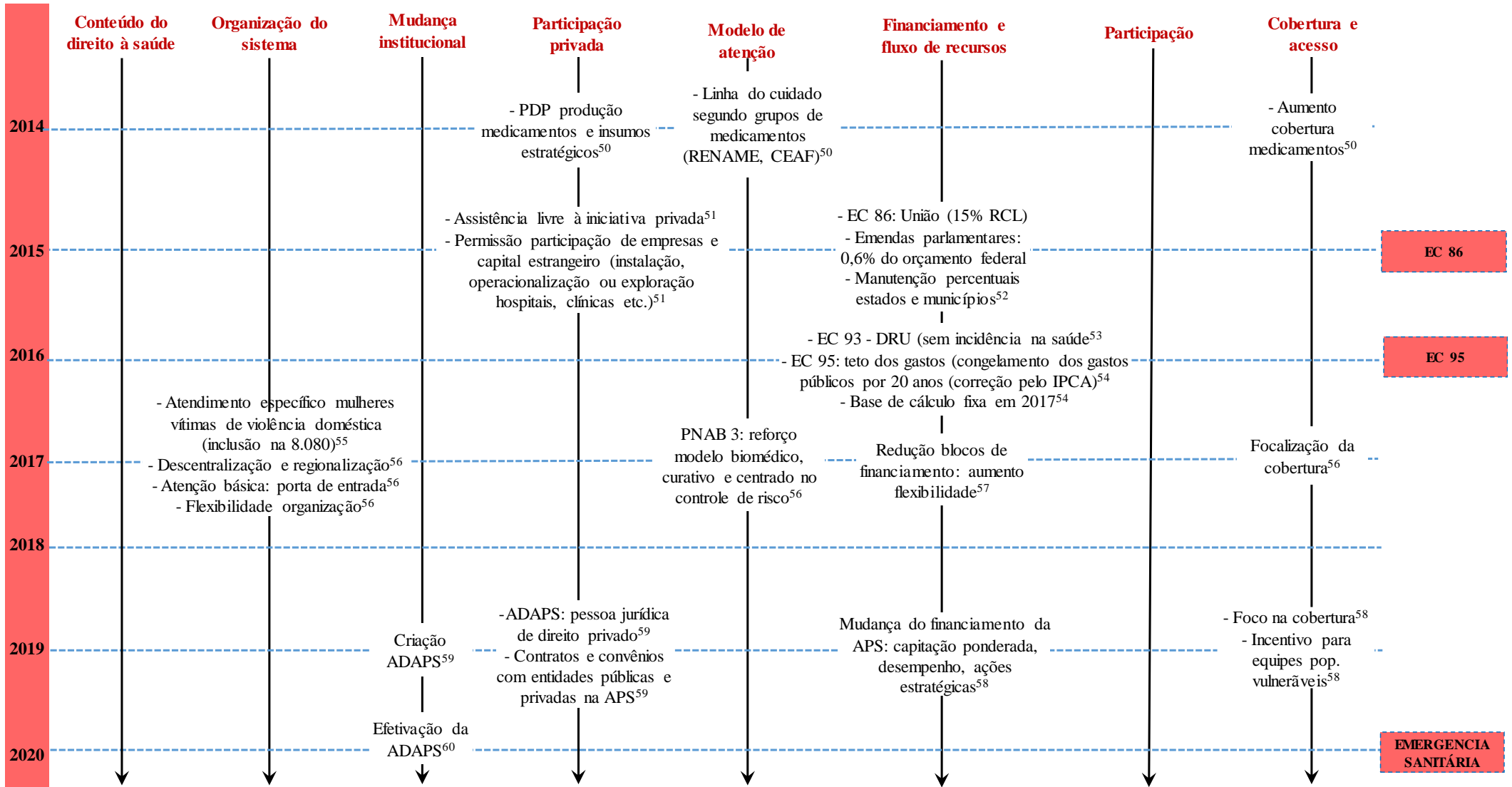


Figura 29 - Marco histórico-legal do SUS segundo os principais componentes do sistema, Brasil, 1990-2020 (elaboração própria, *continuação*).

A Lei 8.080 também definiu os objetivos do SUS, tais como a formulação de políticas de saúde em diversos campos; a assistência, por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde; a realização da vigilância; a ordenação da formação de recursos humanos; entre outros. Os princípios e diretrizes do Sistema foram igualmente estabelecidos e em consonância com os princípios delimitados na 8ª Conferência de Saúde, destacando-se a integralidade e a participação. Entre as diretrizes para a organização do sistema, a regionalização e a direção única relacionam-se à municipalização dos serviços, sendo permitida a constituição de consórcios intermunicipais para desenvolvimento das ações de forma conjunta. Foi determinado que o processo de planejamento e orçamento do sistema deve ser realizado de forma ascendente, do nível local, ao federal e os planos de saúde são a base da programação (BRASIL, 1990b).

Desde sua publicação, a Lei 8.080 passou por alterações de redação, revogação de artigos e inclusão de outros, mas se mantendo como um dos marcos orientadores das políticas de saúde no SUS. Por exemplo, o subsistema de Atenção à Saúde Indígena foi instituído, com financiamento da União; às parturientes foi assegurada a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato e foram estabelecidos um serviço especializado e integral em atenção a mulheres vítimas de violência e um subsistema de atendimento e internação domiciliares (BRASIL, 1999a; 2002a; 2005a; 2013a; 2017a).

No âmbito institucional, incluíram-se disposições para regulamentar as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT)¹⁰⁰ como espaços paritários de negociação e pactuação acerca dos aspectos operacionais do SUS. Além disso, foram reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), instâncias que já haviam sido criadas nos anos 1980 (AITH, 2010; BRASIL, 1990b; 2011b) e são fundamentais para a concretização e fortalecimento do direito à saúde no Brasil (Participante 7).

Além desses avanços normativos, a Lei 8.080 representou a confirmação da participação do setor privado no sistema, ainda que em caráter complementar e submetido à regulação Estatal e aos princípios e diretrizes previstos no Art.198 da Constituição Federal. Ressalta-se que diversos artigos, ao explicitarem as regras do Sistema, citam sua aplicação tanto às ações e serviços públicos, quanto privados, contratados ou conveniados, que integram

¹⁰⁰A CIB é formada por representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado (COSEMS) e a CIT por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS (BRASIL, 2011a).

o SUS. Foi dedicada uma parte da Lei à normatização dos serviços privados, ressaltando que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada e que sua participação em caráter complementar deve se dar quando o SUS não possuir capacidade de garantir a cobertura assistencial à população de determinada área, priorizando-se a contratação de entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos (BRASIL, 1990b).

Ao mesmo tempo, entre as competências dos entes federados, está a elaboração das normas para regular as atividades dos serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública. Aos municípios, compete celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, mediante a observação dos critérios estabelecidos para a participação complementar do setor, tais como valores para remuneração; parâmetros de cobertura assistencial; normas técnicas e administrativas e manutenção do equilíbrio econômico e financeiro do contrato. Os entes municipais também devem controlar, fiscalizar e avaliar a execução desses serviços (BRASIL, 1990b).

A segunda lei orgânica do SUS, a Lei 8.142 de 1990,¹⁰¹ teve o objetivo de dispor sobre regras gerais da participação da comunidade no sistema e sobre as transferências de recursos entre as esferas de governo (Figura 29). No âmbito da participação, paralelamente à atuação do Poder Legislativo, o Sistema conta com duas instâncias colegiadas em cada nível governamental. A primeira se refere às Conferências de Saúde, que devem se reunir a cada quatro anos, incluindo representantes de diversos segmentos sociais, com a finalidade de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para as políticas. A outra instância se refere aos Conselhos de Saúde que, com caráter permanente e deliberativo e composição representativa do governo, prestadores, profissionais de saúde e usuários, tem o intuito de formular estratégias e controlar a execução da política de saúde (BRASIL, 1990c).

As transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde para estados e municípios, por sua vez, foram divididas em quatro grupos: custeio; iniciativa do Legislativo; investimentos do plano quinquenal do Ministério da Saúde (MS) e cobertura das ações e serviços. Ressalta-se que a Lei 8.142 estabeleceu que, no mínimo, setenta por cento dos recursos deveriam se destinar aos municípios, que poderiam firmar consórcios com outros municípios e remanejarem entre si as parcelas recebidas (BRASIL, 1990c).

¹⁰¹O fato do SUS ter duas leis orgânicas não é usual no âmbito das políticas públicas. O ex-presidente da época, Fernando Collor, vetou a parte da Lei 8.080/1990 referente à descentralização e à participação, temas que entraram na Lei 8.142/1990, após sua saída (Participante 10).

Além disso, enquanto os critérios de alocação de recursos previstos na Lei 8.080¹⁰² não fossem regulamentados, 50% das transferências seriam realizadas conforme o número de habitantes de cada estado e município (BRASIL, 1990c). A questão da não definição dos parâmetros de financiamento e as fontes dos recursos “para se efetivar um sistema universal e integral de saúde, deixou um flanco, deixou um buraco que, na verdade, acompanhou o SUS e acompanha o SUS até hoje” (Participante 1). Como será discutido ao longo da descrição histórica do marco legal do SUS, os instrumentos que buscaram regulamentar os aspectos referentes ao financiamento do Sistema, ou definiram parâmetros transitórios, e/ou representaram um aporte insuficiente de recursos.

Nesse sentido, já em 1991, a Norma Operacional Básica nº 01 (NOB 01/1991), aprovada pela Resolução nº 258, estabeleceu critérios provisórios para o financiamento do SUS naquele ano, tendo como base o orçamento do INAMPS, que ainda se encontrava ativo (Figura 29). Ou seja, a NOB definiu que os recursos do Instituto seriam repassados a estados e municípios via convênio e os parâmetros para distribuição seriam, principalmente, populacionais. Paralelamente, foram apresentadas as normas para a implementação dos Fundos de Saúde pelos entes federados e as primeiras diretrizes para a formação de consórcios intermunicipais com o objetivo de articular e integrar a assistência à saúde. Ressalta-se que as regras estabelecidas para o pagamento dos prestadores ambulatoriais incluíram também os serviços privados contratados ou conveniados do SUS (BRASIL, 1991).

No ano seguinte, uma nova NOB (NOB 01/1992) foi lançada por meio da Portaria nº 234, também estabelecendo os critérios para o financiamento do Sistema no ano corrente, além de reafirmar os princípios do SUS e as diretrizes da Lei 8.142/1990; apresentar conceitos importantes para as políticas futuras e enfatizar o processo de extinção do INAMPS (Figura 29). A alocação dos recursos ainda seria realizada pelo Instituto em 1992, mas foram criados parâmetros de transição, com estabelecimento de fluxos de recursos e lançamento de programas de incentivo e investimentos na gestão e rede assistencial ambulatorial e hospitalar, tanto para prestadores públicos quanto privados contratados/conveniados. A NOB ainda abordou a implementação de Sistemas de Informação em Saúde e diretrizes de planejamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1992).

¹⁰²A Lei 8.080 estabeleceu como critérios de alocação dos recursos: perfil demográfico e epidemiológico da população; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde; desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; previsão do plano quinquenal de investimentos; ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo (BRASIL, 1990b).

A NOB 01/1993, publicada por meio da Portaria nº 545, avançou mais em relação aos critérios e parâmetros para alocação dos recursos, como o porte da rede de prestadores dos estados e municípios; o gasto histórico; o nível de implementação dos mecanismos de gestão do sistema; entre outros, além de ter estabelecido a transferência fundo a fundo (Figura 29). O processo de descentralização e regionalização foi colocado como prioritário, voltando-se a organização do sistema para a transferência gradual de atribuições e responsabilidades a estados e municípios, os quais foram classificados de acordo com as condições de gestão da rede: incipiente, parcial e semiplena (BRASIL, 1993b). A regulamentação da transferência fundo a fundo foi feita pelo Decreto nº 1.232 de 1994, significando o repasse regular e automático dos recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais, municipais, mediante a apresentação de planos de saúde (BRASIL, 1994).

Em 1996, a Portaria nº 2.203 publicitou a NOB-SUS/96, a qual contou, em sua elaboração, com a participação de gestores, usuários, prestadores e profissionais (Figura 29). O principal objetivo da NOB foi promover a qualificação da gestão municipal, com vistas a avançar na descentralização do Sistema e na consolidação do município enquanto responsável pela saúde dos residentes em seu território. Nesse sentido, os municípios poderiam se habilitar na condição de Gestão Plena da Atenção Básica ou de Gestão Plena do Sistema Municipal, mediante cumprimento de alguns requisitos. Caso o município não estivesse apto a nenhuma das categorias de gestão, o estado seria responsável pelos serviços municipais provisoriamente. Uma questão importante ressaltada na NOB 96 foi que os estabelecimentos do SUS municipal não precisariam pertencer ou estar sediados no município, bastando que as ações fossem desenvolvidas sob a organização e coordenação do gestor dessa esfera de governo. Tal determinação inclui os prestadores estatais (próprios, estaduais ou federais) e/ou privados (contratados ou conveniados), ou seja, independentemente do caráter do estabelecimento, público ou privado, a gestão do sistema, como um todo, caberia ao município (BRASIL, 1996b).

Foram apresentadas ainda as bases para um novo modelo de atenção, pautado na reorganização do sistema, com centralidade do interesse público e equilíbrio entre a universalidade, a integralidade e a limitação de recursos. Tal modelo poderia minimizar a ameaça da ocorrência de gastos exagerados, em decorrência de um processo de incorporação tecnológica acrítico e desregulado. Em outras palavras, o modelo de atenção deveria ser balizado pela “racionalidade na alocação de recursos em face às necessidades”. Ao mesmo tempo, ao modelo centrado na atenção clínica individualizada, deveriam ser incorporados o

enfoque epidemiológico e coletivo e também a busca pela qualidade de vida das pessoas, considerando a saúde ambiental e da comunidade (BRASIL, 1996b, p.15).

No âmbito do planejamento, foi estabelecida a Programação Pactuada e Integrada (PPI), um importante instrumento de gestão que traduz as responsabilidades de cada município quanto à assistência ambulatorial e hospitalar; à vigilância sanitária; às ações de epidemiologia e controle de doenças e à alocação dos recursos. O fluxo de recursos, por sua vez, foi redesenhado, somando-se ao pagamento por serviços, a remuneração global, a partir das pactuações e resultados em saúde. Criaram-se modalidades de repasse regular fundo a fundo, como o Piso da Atenção Básica (PAB) e o Incentivo aos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS),¹⁰³ entre outras (BRASIL, 1996b). Segundo Scatena e Tanaka (2001), tendo em vista a complexidade e abrangência das NOBs, elas se tornaram os “instrumentos definidores do modelo de atenção à saúde e direcionadores de políticas públicas para o setor saúde, transcendendo seu papel regulador” (p.69).

Em relação ao financiamento, foi ressaltado que as fontes da maior parte dos recursos seriam advindas do Orçamento da Seguridade Social: a Contribuição sobre o Faturamento (COFINS) e a Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL), sendo que os aportes provenientes de Fontes Fiscais se destinariam, principalmente, às despesas com Pessoal e Encargos Sociais. Paralelamente, a NOB/1996 enfatizou a necessidade de se realizar uma reforma tributária para se garantir uma base financeira robusta para a Seguridade Social como um todo, uma vez que a Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF),¹⁰⁴ criada para aumentar os aportes da saúde, tinha data para acabar (BRASIL, 1996b).

Em 1998, foi implementada a Política Nacional de Medicamentos (PNM), por meio da Portaria 3.916, a qual foi aprovada pela Comissão Intergestores e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) com o objetivo de garantir a eficácia, segurança e qualidade, bem como promover o uso racional e o acesso aos medicamentos essenciais (Figura 29). Entre as

¹⁰³O PACS foi institucionalizado pelo Ministério da Saúde em 1991, como uma reformulação do modelo de atenção com foco na família e não somente no indivíduo. O Programa se baseou em experiências com agentes comunitários em algumas regiões do país e antecedeu o PSF, que foi concebido em 1993 em uma reunião entre o Ministro da Saúde, técnicos do Ministério e especialistas em atenção primária. A partir de 1996, o PSF passou a ser uma estratégia reestruturante dos serviços, com remuneração diferenciada para os integrantes das Equipes de Saúde da Família - ESF (VIANA; DAL POZ, 1998).

¹⁰⁴A CPMF foi criada em 1996 para incrementar os recursos para a saúde e vigorou por 11 anos, sendo que em 2007 o Senado vetou sua prorrogação. A cobrança incidia sobre a maioria das movimentações bancárias e apesar de gerado cerca de R\$ 223 bilhões, menos da metade foi aplicada na saúde (Mais informações em: CPMF. Senado Notícias. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/cpmf>>. Acesso em 12 jan. 2023).

diretrizes da PNM, podem-se citar o estabelecimento na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME),¹⁰⁵ a reorientação da assistência farmacêutica, o estímulo à produção de medicamentos e ao uso de genéricos e à regulamentação sanitária (BRASIL, 1998a).

O texto da Política ainda enfatizou questões que remetem à necessidade de fomento à pesquisa e ao desenvolvimento, com aumento da capacidade dos laboratórios próprios, bem como de reorientação das práticas pouco efetivas no Sistema, como a não priorização da prescrição dos medicamentos da RENAME pelos médicos e o estímulo à automedicação e ao uso irracional de medicamentos de forma geral. Destaca-se que a reorientação do modelo de assistência farmacêutica visou também a redução nos preços dos produtos para permitir, inclusive, o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado (BRASIL, 1998a).

Ainda em 1998, a Lei nº 9.637, instituiu as Organizações Sociais (OS), representando não somente a legitimação definitiva da participação privada complementar ao sistema, mas também o impulsionamento do uso e o reforço à dependência dos serviços do setor pelo Estado (Figura 29). Conforme destacam Moraes, Albuquerque e Oliveira *et al.* (2018), as OS surgiram no país como parte do movimento de abertura da gestão pública iniciada na reforma do Estado do início dos anos 1990 e são consideradas como um modelo das entidades do terceiro setor e das parcerias público-privadas. Para as autoras, essas organizações integram um movimento de “privatização ativa”, pois há o incentivo, por parte do próprio Estado, da constituição de um mercado interno na saúde, com emissão de normativas para viabilizar esse processo e a ampliação da transferência de recursos públicos para a iniciativa privada (MORAIS; ALBUQUERQUE; OLIVEIRA *et al.*, 2018, p.3, aspas das autoras).

Noronha e Soares (2001) já alertavam para a estratégia de utilização das Organizações Sociais como parte de um movimento de privatização “por dentro” do setor público que também introduziu a lógica mercantil nos serviços, a partir dos conceitos de “microeconomia” e “custo-benefício”. Igualmente, procedeu-se à flexibilização e a precarização do trabalho no setor, com a utilização crescente de cooperativas de trabalhadores da saúde, em substituição à realização de concursos públicos, levando à evasão fiscal com o não recolhimento de contribuições sociais (NORONHA; SOARES, 2001, p.448, aspas dos autores). Ressalta-se que as OS são declaradas como entidades de interesse social e utilidade pública e, por isso, podem receber recursos orçamentários e bens públicos para exercerem as atividades a partir de um contrato de gestão (BRASIL, 1998b).

¹⁰⁵Lista de produtos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população (BRASIL, 1998a) e se encontra em sua décima versão.

A qualificação, como Organizações Sociais de pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos pelo Poder Executivo, depende do atendimento a algumas condições e requisitos. A área de atuação das entidades deve ser ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura ou saúde e há a obrigatoriedade de investimento dos excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades; a proibição de distribuição de bens ou de parte do patrimônio líquido; a transferência integral, em caso de extinção ou desqualificação, do patrimônio e dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, ao patrimônio de outra organização social qualificada ou aos entes federados; entre outros (BRASIL, 1998b).

Segundo Silva, Lima e Teixeira (2015), uma questão importante a ser considerada é que entidades já existentes podem ser qualificadas pelo poder público, sendo permitida a estados e municípios a criação de legislações próprias para regulação da utilização de OS em suas redes de saúde. As autoras ainda destacam que, entre setembro de 2011 e outubro de 2013, o alinhamento das normas emitidas às diretrizes e princípios do SUS foi observado em somente 25% dos estados e 41% dos municípios com legislações sobre OS (SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015).

Ao mesmo tempo, houve entes federados que não incluíram nos instrumentos legais próprios a proibição de distribuição de bens ou parcela do patrimônio líquido e a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades. Esses achados são preocupantes, pois a principal diferença entre as instituições privadas com e sem fins lucrativos é a possibilidade ou não de apropriação do excedente da organização (SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015). Paralelamente, há casos em que os resultados financeiros das organizações são direcionados para o pagamento dos dirigentes e empregados, como por exemplo no estado de São Paulo, onde o contrato de gestão define que até 70% do montante das despesas de custeio podem ser utilizados para fins de remuneração. Apesar de salário não ser igual a lucro, ao possibilitar a utilização de excedentes na forma de altos salários, o Estado acaba favorecendo “a apropriação privada dos recursos públicos” (MORAIS; ALBUQUERQUE; OLIVEIRA *et al.* 2018, p.5).

Outro requisito aplicado às entidades sem fins lucrativos para qualificação como Organizações Sociais é a estruturação de um Conselho de Administração, cujos membros não podem ser remunerados (BRASIL, 1998b). Ao se estabelecer a criação desses conselhos dentro das OS, com forte caráter deliberativo, esvazia-se as funções de acompanhamento e fiscalização dos contratos de gestão pelos Conselhos de Saúde, o que é constatado pela ausência dessa previsão na maior parte dos instrumentos legais sobre OS (SILVA; LIMA;

TEIXEIRA, 2015). Tais questões ainda são agravadas pela não determinação na Lei 9.637 do atendimento aos usuários do SUS de forma exclusiva pelas Organizações (BRASIL, 1998b). Embora em alguns estados e municípios exista a previsão legal de atendimento privativo ao SUS, na maioria dos casos a exclusividade não é estabelecida, representando maior abertura às práticas privadas dentro do Sistema (SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015).

Em 1999, outro formato de participação complementar de entidades sem fins lucrativos, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), foi regulamentado, por meio da Lei 9.790 (Figura 29). Ambos os formatos possuem características comuns, mas há diferenças importantes que definem seu funcionamento (Quadro 4). Assim como as OS, as OSCIP são pessoas jurídicas sem fins lucrativos; podem atuar na saúde; podem perder sua qualificação; são proibidas de distribuição de excedentes e têm a obrigatoriedade de aplicá-los nas atividades/objetivo social da entidade. Entre as especificidades das OSCIP, há um período mínimo de funcionamento prévio para sua qualificação (três anos), que é outorgada pelo Ministério da Justiça e tem validade de cinco anos. Além disso, diferentemente das OS, a contratação das OSCIP deve ser aprovada e fiscalizada pelo Conselho de Saúde correspondente ao nível do ente contratante e, ao invés de um Conselho Administrativo, as OSCIP devem constituir um Conselho Fiscal. O formato de contratação é via Termo de Parceria e as OSCIP não substituem órgãos da administração pública ou recebem servidor público na forma de cessão (BRASIL, 1999b).

A relação do SUS com o setor privado não se restringe à participação complementar, havendo ainda a atuação de operadoras de planos de assistência à saúde, de forma suplementar, com sobreposição de ações, muitas vezes em competição com o Sistema. Apesar desse formato de participação do setor privado não ser mencionado na Constituição de 1988 ou na Lei 8.080 e ser considerado uma relação de consumo, há interfaces com o SUS que interferem sobremaneira na realização da saúde como um direito. A inter-relação mais evidente é a dupla cobertura de usuários de planos de saúde, ou seja, ao mesmo tempo em que contratam um plano de saúde, ou estão inseridos em um plano contratado por seu empregador, tornando-se consumidores, também são cidadãos e usuários do SUS, protegidos pelo direito universal à saúde.

De forma geral, a participação suplementar se refere à comercialização de planos de saúde ou seguros privados, cuja cesta de serviços se sobrepõe ao que já é coberto pelo sistema público ou seguro social. “O que caracteriza essa forma de inserção do seguro privado é, portanto, a cobertura duplicada de serviços de saúde que dele decorre” (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008, p.1432). Em relação ao Brasil, essa duplicação de ofertas e de coberturas

favorece o setor privado e seus usuários, pois os prestadores privados podem ser contratados, tanto pelo SUS, quanto pelos planos e seguros de saúde, além de haver a possibilidade de pagamento direto. No caso de hospitais, por exemplo, os leitos reservados para o SUS podem ser utilizados pelos pacientes privados e, com exceção da hemodiálise, há muito mais serviços hospitalares disponíveis para os planos de saúde do que para o SUS (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008).

Então, isso acaba criando, de alguma forma, dois grupos de brasileiros, vamos chamar assim... Um que tem acesso a um sistema, que eu não vou dizer que é melhor, mas que tem muito mais tecnologia, muito mais oferta de serviços, vamos chamar assim, que trabalha com *per capita*, às vezes até quatro vezes o valor do que um usuário exclusivo do SUS tem, sendo que, ainda assim, esses beneficiários de plano ainda, claro, pela própria discussão constitucional, pela própria universalidade do sistema, têm direito ao setor público também (Participante 1).

Quadro 5 - Quadro comparativo das principais características das OS e OSCIP, Brasil, 2022.

Características/requisitos principais	OS	OSCIP
Pessoa jurídica sem fins lucrativos	X	X
Período mínimo de funcionamento para qualificação		X
Qualificação pelo Executivo da área	X	
Outorga de qualificação pelo Ministério da Justiça		X
Prazo de qualificação		X
Aprovação/fiscalização Conselho de Saúde		X
Perda de qualificação/desqualificação	X	X
Atuação na saúde	X	X
Conselho de Administração	X	
Conselho Fiscal		X
Contrato de gestão	X	
Termo de parceria		X
Licitação para contratação	X	X
Dispensa de licitação (previsão no contrato)	X	
Substitui órgãos da administração pública	X	
Cessão de servidor público	X	
Proibição distribuição de excedentes	X	X
Obrigatoriedade aplicação excedentes nas atividades/objetivo social	X	X

Fontes: Lei nº 9.637 (BRASIL, 1998b) e Lei nº 9.790 (BRASIL, 1999b). Elaboração própria.

A primeira lei que buscou regular, ainda que de forma fragmentada, a saúde suplementar foi a Lei dos Planos de Saúde, a nº 9.656 que, assim como a Lei das OS também foi publicada em 1998 (Figura 29). Ao longo dos anos, o instrumento apresentou alterações e

emendas, sendo que a Medida Provisória nº 2.177 de 2001 inseriu as principais mudanças. Igualmente, a Lei nº 9.961 de 2000 criou e incluiu na Lei 9.656 a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, para regular e fiscalizar a atuação das operadoras. Na redação final da Lei foram apresentados conceitos; definições de aplicabilidade; conteúdo dos planos e contratos; obrigações das operadoras; requisitos para atuação; regras de franquia, co-participação e incidência de fator de moderação; regras de solvência e liquidação; entre outras questões (BRASIL, 1998c; 2000a; 2001a).

Importante destacar que as operadoras são pessoas jurídicas, constituídas como cooperativas, entidades de autogestão, sociedades civis ou sociedades comerciais, que operam os planos de saúde privados de acordo com o contratos e preços pré ou pós estabelecidos. Os contratos podem ser celebrados por meio de três regimes: o coletivo empresarial, relacionado ao vínculo de trabalho; o individual ou familiar e o coletivo por adesão, que se destinam a contratantes autônomos, fora da relação de emprego. Em caso de descumprimento do contrato, cabem sanções e punições às operadoras, como advertência, multas, cancelamento da autorização de funcionamento e perda do cargo por parte de administradores e conselheiros. Por outro lado, na contramão da Lei 8.080 de 1990, em 2015, foi permitida a entrada de capital estrangeiro na operação dos planos de saúde (BRASIL, 1998c; 2001a).

Uma determinação fundamental da Lei 9.656 e que evidencia a interface com o SUS é a questão do ressarcimento nos casos de atendimento de usuários de planos de saúde pelo Sistema. Segundo o Art.32, serão ressarcidos “os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do SUS”. Os pagamentos devem ser realizados pelas operadoras segundo os preços definidos pela ANS, não podendo ser inferiores aos praticados no SUS, nem superiores às tabelas das operadoras. As transferências devem ser realizadas por meio de crédito ao Fundo Nacional de Saúde, de acordo com uma lista elaborada pela Agência Reguladora, com os procedimentos realizados por cada consumidor, sendo cobrados juros e multa, caso a operadora não efetue o ressarcimento até 15 dias após o recebimento da notificação. Vale ressaltar que os montantes ressarcidos não são computados para fins de aplicação dos recursos mínimos nas ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 1998c; 2001a).

A questão do ressarcimento é de extrema relevância, tendo em vista que, conforme já havia sido revelado pelo estudo de Santos, Ugá e Porto (2008), há uma grande utilização do SUS pela população que possui plano de saúde, para internação, serviços, pronto atendimento e, principalmente procedimentos de alto custo/complexidade, tais como hemodiálise, quimio,

radio e hemoterapia (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008). Uma das razões é o modelo segmentado de seguro utilizado pela saúde suplementar, com concentração de operadoras em determinadas áreas e dispersão em outras, além de não haver uma relação equilibrada entre cobertura e acesso, ou seja, estar coberto por um plano de saúde, nem sempre garante atendimento. As operadoras recebem as mensalidades, mas os usuários precisam recorrer ao setor público, interferindo na programação do SUS e contribuindo para a lucratividade das empresas, pois deixam de gastar com os prestadores (Participante 1). Um exemplo é o caso do município de São Bernardo do Campo (estado de São Paulo):

As operadoras vendem plano em São Bernardo do Campo, mas a rede é toda em São Paulo [capital do estado]. Então, o quê que acaba acontecendo? O usuário ou beneficiário da operadora que tem plano empresarial em São Bernardo, acaba utilizando a rede do SUS. E, por mais que você cobre ressarcimento, ainda assim, é positivo para a operadora usar a rede do SUS, mesmo que eles tenham que pagar. Por isso que você não vê grandes rompantes de operadoras que tem que acabar com o SUS, porque você ter um sistema público que te escora, seja na alta complexidade, seja nesse formato de onde eu não tenho rede, acaba que, para a operação do mercado, acaba sendo positivo (Participante 1).

O entrevistado ainda ressalta que, diante desse contexto, Lei 9.656 foi um grande avanço, embora o foco tenha sido voltado para a discussão sobre produto e direito do consumidor, ou seja, a partir de uma visão consumerista e menos de direcionar o setor privado para a produção de um sistema de saúde com melhores resultados. A publicação da Lei em 1998 permitiu a discussão sobre a regulação dos planos de saúde, desnudando e possibilitando ao Estado obter um conjunto de informações e de conhecimento sobre o setor privado. A própria implantação do ressarcimento ao SUS, por exemplo, embora os valores não sejam significativos, tem o potencial de fornecer dados sobre as operadoras que mais utilizam o sistema e o que é utilizado. Houve maior regulação do “produto”, aumento da cobertura em termos de procedimentos, a partir da ampliação do rol definido pela ANS, e também avanços em termos de proteção dos usuários. Anteriormente à lei, era comum a quebra de diversas operadoras, deixando beneficiários que contribuíram por anos sem atendimento. “Então, essa ciranda de criação e desaparecimento de operadoras, praticamente acabou”. Em contrapartida, as operadoras permanecem atuando como intermediárias dos recursos, recebendo dos usuários as mensalidades e repassando aos prestadores (Participante 1).

Seguindo a linha do tempo do arcabouço legal e normativo do SUS, em 1999, a Lei 9.782 definiu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e criou Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), uma autarquia vinculada ao MS e com atuação em todo território nacional (Figura 29). O papel da Agência é realizar o controle sanitário da produção

e da comercialização de produtos e serviços submetidos, incluindo os ambientes, processos, insumos e tecnologias envolvidos, bem como o controle de portos, aeroportos e fronteiras, podendo aplicar penalidades em caso de infrações (BRASIL, 1999c).

Ao finalizar a primeira década de criação de um sistema de público e universal, o país continuava sem uma institucionalização da forma de seu financiamento, pois, desde 1989, os Poderes Executivo e Legislativo optaram por não implantar dispositivos constitucionais pétreos relativos à Seguridade Social (organização, financiamento e controle social). No caso da saúde, a questão do financiamento parecia estar chegando a uma solução com a publicação da Emenda Constitucional (EC) nº 29 em 2000, a qual alterou o Art.198 da Constituição (incluindo garantias para alocação de recursos e fixação de percentuais mínimos a serem investidos na saúde) e acrescentou o Art. 77 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), com vistas a assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde até 2004, quando já deveria ter sido publicada uma Lei Complementar (LC) com os parâmetros definitivos (BRASIL, 2000b).

Segundo os critérios estabelecidos, no caso da União, não haveria percentual mínimo, sendo que, em 2000, o montante empenhado deveria ser o mesmo aplicado em 1999, acrescido de, pelo menos, cinco por cento. Entre 2001 e 2004, o volume de recursos deveria equivaler ao ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB. Se houvesse variação negativa do PIB, o valor não poderia ser reduzido. Em relação aos estados e municípios, os percentuais mínimos definidos foram, respectivamente, 12% e 15% do produto da arrecadação dos impostos por cada ente (BRASIL, 2000b). O Projeto de Lei Complementar que regulamentaria a EC nº 29 foi apresentado na Câmara dos Deputados em fevereiro de 2003, mas foi votado somente no final de outubro de 2007, após emendas, pedidas de vista e obstruções de votação, mesmo tendo sido aprovado em três comissões. Após sua aprovação no plenário, foi encaminhado para o Senado.¹⁰⁶

Para Noronha e Soares (2001), a não fixação de um percentual mínimo para investimentos na saúde pelo governo federal, novamente representaria a redução dos investimentos públicos como parte da agenda neoliberal vigente. Além disso, a redução da obrigação da União significa a sobrecarga de estados e municípios e um baixo incremento de

¹⁰⁶A consulta ao site oficial da Câmara mostra o encaminhamento do Projeto de Lei ao Senado como a última tramitação na Casa, constando a seguinte situação atual: “aguardando apreciação pelo Senado Federal”. No site do Senado, não foram encontradas informações sobre esse projeto nos mecanismos de busca disponíveis (Mais informações em: BRASIL. Câmara dos Deputados. Atividade Legislativa. Projetos de Lei e Outras Proposições. PLP 1/2003. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=104342>>. Acesso em 12 jan. 2023.

recursos para o sistema, pois havia municípios que já alocavam mais de 15% de seu orçamento para a saúde (NORONHA; SOARES, 2001).

Alguns anos após a publicação das NOBs, foram lançadas a Norma Operacional da Assistência à Saúde do SUS 01 de 2001 (NOAS-SUS 01/2001) e a NOAS-SUS 01/2002, por meio das portarias nº 95 de janeiro de 2001 e nº 373 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2001b; 2002b). A primeira norma visou ampliar a responsabilidade dos municípios na Atenção Básica, definir o processo de regionalização, fortalecer a gestão do SUS e atualizar os critérios de habilitação dos estados e municípios (Figura 29). Ressalta-se que, segundo o texto introdutório da norma, ao final dos anos 2000, 99% dos municípios brasileiros estavam habilitados em uma das condições de gestão previstas na NOB-SUS 01/1996, sendo instituída a categoria de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, com novos procedimentos. Para o financiamento desse novo rol de responsabilidades além do PAB, foi criado o PAB-Ampliado, com fluxo de recursos *per capita* (BRASIL, 2001b).

Para o avanço da regionalização, foi criado o Plano Diretor de Regionalização (PDR), um instrumento de direcionamento do processo em cada estado, tendo como critérios a definição de prioridades de intervenção de acordo com as necessidades de saúde e garantia de acesso a todos os níveis de atenção pela população. A elaboração do PDR deveria considerar o acesso, o mais próximo possível da residência do cidadão, a ações e serviços básicos, como assistência pré-natal, parto e puerpério; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência; controle das doenças bucais mais comuns; dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica; entre outros. O acesso aos outros níveis de atenção também deveria ser garantido diretamente ou por meio de pactuações para o atendimento de referências entre os municípios (BRASIL, 2001b).

O PDR ainda está relacionado à definição das regiões e microrregiões de saúde considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras, devendo conter os papéis de cada município, os fluxos de referência e contra referência e as estratégias de regulação. Em relação ao fluxo de recursos, foi instituído o Plano Diretor de Investimento (PDI), instrumento relacionado ao planejamento da alocação de recursos para viabilizar as ações pactuadas nos âmbitos regional e estadual. O financiamento das ações foi definido como uma parte *per capita*, outra de acordo com a Programação Pactuada e Integrada (PPI) e, em microrregiões não habilitadas, por produção (Figura 29). Vale destacar que, ao definir o processo de controle, avaliação e regulação da assistência, a Norma determinou que a compra

de serviços na rede privada deveria ser determinada pelo interesse público e pela identificação de necessidades assistenciais, quando a rede pública fosse insuficiente para o atendimento da população (BRASIL, 2001b).

A NOAS-SUS 01/2002, por sua vez, resgatou os princípios e instrumentos de gestão já definidos na NOAS anterior, mas atualizou e aprofundou os critérios para a elaboração do PDR, PPI e PDI; a divisão de responsabilidades e o fluxo de recursos entre os municípios das regiões de saúde; os requisitos para habilitação e desabilitação dos municípios da sua condição de gestão e as atribuições do estado no caso de municípios com habilitação incipiente; os papéis das Comissões Intergestores nesse processo, bem como prazos para apresentação da programação, entre outras questões (Figura 29). Quanto à alocação de recursos, a programação das ações e serviços de saúde nos municípios, regiões de saúde e estados assumiu uma relevância ainda maior em relação aos instrumentos normativos anteriores. Ao mesmo tempo, foram reafirmados os requisitos para contratação dos serviços privados e foi aberta a possibilidade de entrada de prestadores do setor na atenção básica uma vez que, entre as responsabilidades municipais no processo de gestão de sua rede, foi citada a “organização da rede de atenção básica, incluída a gestão de prestadores privados, quando excepcionalmente houver prestadores privados nesse nível e atenção” (BRASIL, 2002b).

Buscando a consolidação do SUS e a qualificação e o aprimoramento do processo de descentralização, organização e gestão do Sistema, assim como da pactuação intergestores tendo em vista as responsabilidades sanitárias dos entes federados, foi publicado em 2006, por meio da Portaria nº 399, o Pacto pela Saúde (Figura 29). Os componentes dessa política foram os Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, sendo que o primeiro, a partir da análise da situação de saúde e definição de prioridades pelos gestores dos três níveis de governo, envolveu um conjunto de compromissos sanitários, como a implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; a redução do câncer de colo de útero e de mama; a redução da mortalidade infantil e materna; o fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias; a implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde e a consolidação da Estratégia de Saúde da Família como política de atenção básica à saúde (BRASIL, 2006a).

O segundo componente, o Pacto em Defesa do SUS, visou reforçar o SUS como política de Estado por meio de ações sólidas e articuladas entre os entes federativos, buscando-se a concretização de uma estratégia de mobilização social com vistas à repolitização da saúde e seu resgate enquanto um direito de cidadania. Para tanto, as prioridades do Pacto em Defesa do SUS envolveram a regulamentação da Emenda

Constitucional nº 29 pelo Congresso Nacional; a garantia do incremento de recursos para a saúde; a elaboração e divulgação da carta dos direitos dos usuários do SUS; entre outras. Destaca-se que a questão da regulamentação EC nº 29 foi central nesse componente e dependia da aprovação do Projeto de Lei nº 01/2003 (BRASIL, 2006a).

Por fim, o Pacto de Gestão do SUS buscou estabelecer, de forma mais transparente, as atribuições de cada ente federado a fim de reduzir o volume de competências concorrentes e fortalecer a gestão compartilhada e solidária do Sistema. O ponto chave da definição das responsabilidades foi o avanço da descentralização e da regionalização, com transferência de mais atribuições do Ministério da Saúde para estados e municípios, além da busca pela desburocratização dos processos normativos e pela territorialização da saúde. Novamente, a regionalização foi ressaltada como a diretriz para orientar a descentralização, além de promover a racionalização de gastos e otimização de recursos, por meio do ganho em escala na execução das ações e serviços de saúde de abrangência regional (BRASIL, 2006a).

A Programação, por meio da PPI,¹⁰⁷ deveria levar em conta o processo de regulação, o qual envolve a contratação e o controle dos prestadores públicos e privados, bem como a demanda e o acesso dos usuários aos serviços, sendo que cada prestador deveria responder a somente um gestor. Quanto à distribuição de competências entre os entes federados, de forma geral, a União ficou responsável pela formulação de políticas, ações estratégicas e apoio técnico-financeiro a estados e municípios. Aos municípios foi delegada a maior parte das atribuições técnicas e de execução das ações de saúde, no sentido de buscar o comando único do sistema. Os estados assumiram funções mais residuais e de apoio aos municípios, dependendo do porte e da capacidade dos sistemas municipais (BRASIL, 2006a).

Além do aprimoramento do processo de descentralização e regionalização, o Pacto de Gestão do SUS apresentou diretrizes para o financiamento público tripartite e alocação de recursos considerando as iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais. Os repasses dos recursos foram definidos como, preferencialmente, fundo a fundo, organizados por cinco blocos de financiamento: 1) atenção básica, composto pelo PAB e pelo PAB-Variável (para estratégias específicas); 2) atenção de média e alta complexidade, também com dois componentes (Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC - e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC); 3) vigilância em saúde (Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e Componente da

¹⁰⁷A Programação Pactuada e Integrada (PPI) foi instituída como um processo permanente do SUS por meio da Portaria nº 1.097 de 2006, sendo definidos requisitos, como a centralidade da Atenção Básica; parâmetros; etapas e prazos (BRASIL, 2006b).

Vigilância Sanitária); 4) assistência farmacêutica, organizado em componente básico (para atenção básica dividido em parte fixa e parte variável *per capita*), estratégico (medicamentos para endemias, antirretrovirais, sangue e hemoderivados; imunobiológicos e insulina) e medicamentos de dispensação excepcional (alto custo); e 5) gestão do SUS, destinado ao custeio de ações relacionadas à organização dos serviços (BRASIL, 2006a).

Esses blocos de financiamento foram regulamentados em 2007 pela Portaria nº 204, sendo detalhados os componentes de cada bloco e as regras de transferência dos recursos do Ministério da Saúde para os fundos de saúde dos estados e municípios (Figura 29). Os blocos e componentes permaneceram os mesmos e para o bloco de Gestão do SUS foram definidos o Componente para a Qualificação da Gestão do SUS e o Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde (BRASIL, 2007). Mais um bloco foi criado dois anos mais tarde pela Portaria nº 837 de 2009, destinado a investimentos na Rede de Serviços de Saúde exclusivamente para despesas de capital (BRASIL, 2009).

Em 2008, foi lançado pelo Ministério da Saúde o Programa Mais Saúde - Direito de Todos 2008-2011, com vistas a buscar a efetivação do direito universal à saúde no país. Anteriormente à apresentação das diretrizes estratégicas do Programa, foi destacado que, apesar dos avanços do SUS, há lacunas e desafios para sua consolidação, como a baixa articulação da saúde com as outras políticas públicas; oferta desigual de bens e serviços e persistência de iniquidades de acesso expressivas; baixa capacidade produtiva da indústria em saúde no país em relação às necessidades da assistência e à evolução da área; fragmentação do processo de descentralização e municipalização; predomínio de um modelo burocratizado de gestão; subfinanciamento do Sistema; precarização do trabalho e o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores da saúde. Nesse cenário, as diretrizes estratégicas do Programa representaram respostas diretas a esses desafios, resgatando-se os instrumentos normativos para o avanço da regionalização e o Pacto pela Vida e também estabelecendo os compromissos de fortalecer o Complexo Produtivo e de Inovação em Saúde e de equacionar a situação de subfinanciamento do SUS com a regulamentação da EC 29 (BRASIL, 2008a).

O programa foi desenvolvido por meio de sete eixos (Promoção da Saúde; Atenção à Saúde; Complexo Industrial da Saúde; Força de Trabalho em Saúde; Qualificação da Gestão; Participação e Controle Social e Cooperação Internacional), sendo que, para cada um deles foram apresentadas as diretrizes, bem como as medidas, as metas físicas e os montantes a serem mobilizados no período para viabilização das ações. Entre as diretrizes do terceiro eixo, complexo industrial da saúde, destaca-se a busca pelo aumento da competitividade das empresas públicas e privadas brasileiras, para o enfrentamento da concorrência global e

substituição das importações de produtos e insumos em saúde. As principais medidas foram o investimento na rede de laboratórios oficiais de medicamentos e nos produtores públicos de vacinas; o fomento da capacidade produtiva das indústrias privadas nacionais de medicamentos; entre outras (BRASIL, 2008a).

O eixo referente à qualificação da gestão ressaltou a urgência da modernização da gestão pelo movimento da saúde, ou seja, os defensores do SUS não deveriam delegar tal tarefa aos que questionam o Sistema como um bem público. Em compensação, entre as medidas propostas nesse eixo, foi destacada a aprovação do arcabouço legal para implantar o modelo de Fundação Estatal de direito privado aos hospitais públicos federais (BRASIL, 2008a), significando uma nova forma de participação privada no Sistema. Ainda em 2008, a Portaria nº 1.559 instituiu a Política Nacional de Regulação como parte do processo de fortalecimento dos instrumentos de gestão do SUS (BRASIL, 2008b).

Dois anos depois, na esteira do fortalecimento do Complexo Industrial da Saúde, o Ministério da Saúde apresentou uma nova política no âmbito da assistência farmacêutica que envolveu a construção do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), com a finalidade de ampliar a cobertura e o acesso ao tratamento medicamentoso para doenças importantes do ponto de vista clínico-epidemiológico (Figura 29). A partir da análise de diversas demandas recebidas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias (CITEC/MS),¹⁰⁸ o Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério buscou reorganizar os Protocolos Clínicos e Diretrizes e corrigir distorções existentes no processo de gestão de medicamentos considerados de dispensação excepcional, os quais mobilizam o maior volume de recursos no âmbito da assistência farmacêutica. A perspectiva de análise foi o olhar sistêmico sobre os agravos, com ações articuladas, na forma de linha de cuidado, sendo realizada uma revisão concomitante da RENAME (BRASIL, 2010a).

Nesse contexto, foi definida a compra centralizada de um conjunto de medicamentos, visando a economia de recursos. Paralelamente, foi ressaltado que o CEAF estava inserido na política de desenvolvimento do complexo industrial da saúde e que a principal estratégia seria a celebração de parcerias público-privadas (PPPs) para a produção de um conjunto de medicamentos considerados estratégicos. Segundo a Política, essas parcerias representariam uma “forte vertente de investimento” (p.191), cujo modelo foi implementado pelo MS para

¹⁰⁸A CITEC foi criada no final de 2006 por meio da Portaria nº 3.323, com os objetivos de analisar e deliberar sobre solicitações de incorporação de tecnologias; analisar tecnologias em uso; e revisar e propor mudanças de protocolos de acordo com as necessidades em saúde e de gestão do SUS e da Saúde Suplementar (BRASIL, 2006c). O fluxo para incorporação de tecnologias já havia sido instituído em janeiro do mesmo ano por meio da Portaria nº 152 (BRASIL, 2006d).

favorecer a participação de empresas privadas interessadas no desenvolvimento de produtos para saúde em articulação com o setor público, podendo haver apoio financeiro do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Ressalta-se que entre 2009 e 2010, foram aprovadas 20 parcerias envolvendo 17 empresas privadas, dos quais sete eram estrangeiras, sendo estimada, à época, uma economia R\$ 250 milhões em cinco anos (BRASIL, 2010a).

Em relação à assistência à saúde, a participação de instituições privadas (com ou sem fins lucrativos) no âmbito do SUS estadual ou municipal, em caráter complementar, foi regulamentada pela Portaria nº 1.034 de 05 de maio de 2010,¹⁰⁹ em substituição da Portaria 3.277 de 2006 que tratou da mesma matéria, sendo enfatizadas as condições para a utilização das instituições (Figura 29). Além da disponibilidade insuficiente de serviços públicos para garantir a cobertura da população, devem ser comprovadas a necessidade de sua complementação e a impossibilidade de ampliação. Paralelamente, as diretrizes do Sistema devem ser seguidas, deve ser elaborado um Plano Operativo e haver a aprovação do respectivo Conselho de Saúde, com inclusão no Plano de Saúde.¹¹⁰ Ressalta-se que o ente federado deve recorrer, preferencialmente, às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos e, caso permaneça a necessidade de complementação da rede pública, pode-se recorrer à iniciativa privada (BRASIL, 2010b).

A natureza jurídica, se contrato, ou se convênio, varia de acordo com o objeto da participação complementar em questão. O convênio cabe nas situações em que há o interesse comum no estabelecimento de uma parceria para a prestação de serviços assistenciais entre o ente público e a instituição privada sem fins lucrativos. Tratando-se de compra de serviços, deve ser firmado um contrato administrativo, independentemente se a instituição privada for com ou sem fins lucrativos. Nos dois casos, as instituições devem ter registro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e os serviços serão remunerados de acordo com a Tabela de Procedimentos do SUS (BRASIL, 2010b).

No final de 2010, a Portaria nº 4.279 estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS, definida como “arranjos organizativos de ações e

¹⁰⁹A Portaria 1.034 de 2010 revogou a Portaria 3.277 de 2006 (emitida oito anos após a Lei das OS), que dispunha sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no SUS. O instrumento de 2010 apresentou poucas mudanças em relação à norma anterior, sendo a mais importante a ênfase dada na diferença entre tipos de instituições privadas, com ou sem fins lucrativos, substituindo o objeto “serviços privados de assistência” constante na primeira portaria (BRASIL, 2006e).

¹¹⁰Vale ressaltar que o Plano de Saúde no âmbito do SUS, refere-se ao planejamento sobre as ações e serviços em saúde oferecidos à população, bem como a organização da atenção, em âmbito municipal e regional, diferentemente do plano de saúde oferecido pelas operadoras de saúde, o qual se trata da cesta de serviços incluídos no contrato com os beneficiários.

serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Figura 29). A RAS foi designada como uma estratégia para enfrentar e superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde, bem como aprimorar o funcionamento político-institucional do Sistema. Além disso, foi destacado o quanto o modelo de atenção vigente, pautado por ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado por meio ações e serviços dimensionados a partir da oferta, mostrava-se inadequado (BRASIL, 2010c).

A Portaria também ressaltou a diversidade e a desigualdade regionais e a complexidade em se equilibrar acesso, escala, escopo, qualidade e custo-efetividade para se construir um Sistema integrado, desafios que são agravados pelo “elevado peso da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde”. Importante destacar que foram reconhecidos outros desafios estruturais como o financiamento público insuficiente e fragmentado; a baixa eficiência no emprego dos recursos, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção; a precarização e insuficiência de profissionais com frequente desalinhamento em relação aos princípios e políticas do SUS; entre outros (BRASIL, 2010c).

Para a organização da RAS, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi definida como a coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, de modo a superar a fragmentação sistêmica, realizando o direcionamento da alocação de recursos e a coordenação clínica. Paralelamente, alguns aspectos foram apresentados como fundamentais para a garantia da resolutividade da RAS, tais como: a economia de escala (com concentração de serviços em determinado local) para racionalização dos gastos e otimização dos resultados; a qualidade, composta pela segurança, efetividade, centralidade na pessoa, pontualidade, eficiência e equidade; a suficiência dos serviços para atender às necessidades de saúde da população; o acesso, com extinção de barreiras geográficas, financeiras, culturais, de gênero etc.; a disponibilidade de recursos; a integração vertical (articulação de atividades diferentes) e horizontal (articulação ou fusão de serviços com a mesma natureza) e conformação das regiões de saúde (BRASIL, 2010c).

Por meio da Lei nº 12.401 de 2011, foi inserido na Lei 8.080 um capítulo com vistas a dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no SUS. Para tanto, em substituição à CITEC, criou-se a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC), responsável por assessorar o Ministério da Saúde na incorporação, exclusão ou alteração de medicamentos, produtos e procedimentos e na elaboração ou alteração de protocolo clínico e diretriz terapêutica (Figura 29). No trabalho de avaliação das

tecnologias e protocolos, a CONITEC deve basear sua decisão nas evidências científicas sobre a eficácia, acurácia, efetividade e segurança do item em questão, além da análise do custo-benefício da incorporação em relação às tecnologias já incluídas (BRASIL, 2011c).

As principais diferenças entre a CITEC e a CONITEC se referem à composição; à realização de consulta e/ou audiência públicas e ao prazo para análise dos processos. Enquanto a CITEC possuía representantes de cinco órgãos, a CONITEC passou a ter 13, entre eles integrantes do CNS, do CONASS e do CONASEMS. Ademais, a CONITEC deve realizar consulta pública em todos os processos e possui prazo de 180 dias para emissão da recomendação, diferentemente da CITEC, que não possuía prazo (BRASIL, 2006b; 2006c; 2011c; 2011d).

Ainda em 2011, o Decreto nº 7.508 alterou a Lei 8.080 de 1990, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (Figura 29). Trata-se de mais um instrumento legal do SUS que naturalizou a atuação privada ao determinar que o processo de planejamento deveria incluir os serviços e as ações prestados pelo setor privado, de forma complementar ou não. Além disso, a distribuição geográfica dos recursos humanos e dos serviços, ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, deveriam constar no Mapa da Saúde, considerando-se a capacidade instalada, os investimentos e o desempenho, por meio da análise dos indicadores de saúde do sistema (BRASIL, 2011e).

Em relação ao financiamento, a Lei Complementar 141 de 2012 definiu os valores mínimos anuais a serem aplicados por cada ente federativo em ações e serviços públicos de saúde (Figura 29). Os percentuais aplicados a estados e municípios seguiram os mesmos critérios da EC nº 29, de 12% e 15% da arrecadação dos impostos sob sua competência para investimento em ações e serviços públicos de saúde. Para a União, novamente, a base de cálculo do investimento mínimo em saúde foi definida como o montante aplicado no ano anterior, corrigido pelo percentual de crescimento do PIB, também do ano anterior. A diferença em relação à EC 29 foi a determinação de que, caso o PIB apresentasse variação negativa, não poderia haver redução nominal do valor empenhado. Importante ressaltar que as despesas relacionadas a políticas públicas incidentes sobre os determinantes sociais da saúde não são consideradas como despesas com saúde e, portanto, não podem compor os mínimos estabelecidos e se algum ente não cumprisse o que foi estabelecido na Lei, caberia responsabilização legal das autoridades competentes (BRASIL, 2012b).

No ano seguinte, a Portaria nº 2.135 de 2013 instituiu as diretrizes para o planejamento no SUS, revogando outras oito normativas que tratavam da matéria. Dentre os

pressupostos da Portaria, foi estabelecida a compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde, Programação Anual e Relatório de Gestão) e os de planejamento e orçamento do governo (Plano Plurianual - PPA; Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO - e a Lei Orçamentária Anual - LOA). O Plano de Saúde, por exemplo, foi reforçado como a base para a execução, acompanhamento e avaliação da gestão, devendo observar os prazos da PPA. A Programação Anual de Saúde, por sua vez, trata da previsão da alocação de recursos orçamentários e deve ser aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013b).

No âmbito da assistência farmacêutica, o Componente Especializado (CEAF) foi tema de um novo documento atualizando os avanços, incorporações, investimentos e a diretriz de fortalecimento do complexo industrial da saúde para produção centralizada de medicamentos e insumos considerados estratégicos para o sistema. Uma mudança trazida nesse processo foi a modificação do formato de parcerias entre o setor público e o setor privado, que passaram a ser definidas como Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) desde 2012, por meio da Portaria nº 837/2012 (BRASIL, 2012c; 2014).

O ano de 2015 foi marcado pelo início de uma série de mudanças no SUS que representaram um retrocesso sem precedentes no Sistema e que acompanhou o contexto político e social do Brasil. No início do ano, foi aprovada a Lei 13.097, apresentada inicialmente como Medida Provisória em 2014, a qual, entre outras ações, alterou o Art.23 da Lei 8.080, permitindo “a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde”, o que era vedado, salvo em casos de doações de organismos internacionais vinculados à ONU ou entidades de cooperação técnica (Figura 29). Com a publicação da Lei 13.097, essa permissão se manteve e ainda foram autorizadas “pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar”: hospitais gerais e especializados (inclusive filantrópicos); policlínicas, clínicas gerais e especializadas e ações e pesquisas de planejamento familiar. Paralelamente, a realização de investimento internacional foi autorizada nos casos de serviços de saúde, sem finalidade lucrativa, mantidos por empresas para atender seus empregados (BRASIL, 2015a).

Desde a Lei 9.656 de 1998, a Lei dos Planos de Saúde, a abertura para capital estrangeiro já havia transformado os investidores internacionais em acionistas das operadoras e grupos hospitalares a elas vinculados. Ademais, mesmo sem autorização legal, o investimento externo em laboratórios diagnósticos foi consentido pelo governo ao longo dos anos. Com a emissão da Medida Provisória em 2014 e sua transformação em Lei Ordinária, entidades sociais acionaram o Supremo Tribunal Federal (STF) na tentativa de barrar sua

publicação, tendo em vista a evidente colisão com a Constituição e com a Lei 8.080 (SCHEFFER, 2015). Para o Participante 6, o precedente aberto em 1998 com a saúde suplementar pavimentou o caminho para a Lei 13.097, apesar da mobilização social. “Nós fizemos um grande movimento Veta Dilma, mas até mesmo pela correlação de forças a que ela estava submetida em 2014, sendo ameaçada pelo Eduardo Cunha, com impeachment, pelo Centrão e etc., ela acabou aprovando essa lei” (Participante 6).

Além disso, vale ressaltar o quanto a aprovação da Lei 13.097 atende a interesses daqueles que financiam campanhas eleitorais e promovem a ideia de que o setor privado é mais eficiente do que um sistema público “universal e insustentável” (SCHEFFER, 2015, *aspas nossas*). Essa questão remete a um novo golpe sofrido pelo SUS em 2015: a Emenda Constitucional nº 86 (EC 86/2015) que, finalmente, estabeleceu um percentual de investimento pela União, mas a partir de critérios que reduziram o montante de recursos em termos nominais, o que além de sobrecarregar estados e municípios, anulou a garantia trazida pela EC 29 de que os recursos para o SUS não poderiam ser inferiores aos do ano anterior (FUNCIA, 2019; SANTOS; DELDUQUE; ALVES, 2016; SANTOS; FUNCIA, 2021).

O prejuízo ao fluxo de recursos para o SUS se deu por meio de três formas na EC 86. A primeira se refere à destinação de 0,6% do orçamento federal da saúde a emendas parlamentares, o chamado orçamento impositivo, sendo que esses recursos poderiam ser computados para fins de cumprimento do percentual definido para a União. A segunda forma está relacionada ao próprio percentual estabelecido para o ente federal, que seria cumprido de forma escalonada ao longo de cinco anos, passando de 13,2% a 15% da receita corrente líquida. Por fim, os percentuais de estados e municípios permaneceram os mesmos definidos pela Lei 141/2012 (BRASIL, 2015b). Funcia (2015), ao simular o montante de recursos federais que seria alocado com a Lei Complementar 141/2012 e com a EC 86/2015, estimou uma perda de R\$ 3,10 bilhões a R\$ 3,18 bilhões em 2015 e de R\$ 5,26 bilhões a R\$ 12,53 bilhões em 2016 com a Emenda. Em 2017, poderia haver uma perda de R\$ 4,29 bilhões a R\$ 2,37 bilhões de ganho e em 2018, havia a possibilidade de aumento dos recursos, devido à aproximação do percentual de 15% (FUNCIA, 2015).

Paralelamente, as emendas parlamentares, ao serem consideradas como parte do percentual de investimentos federais, acabaram por direcionar a interpretação da lei de que o percentual mínimo (piso), na verdade, seria o teto de alocação de recursos por parte da União. Outro agravante trazido pelo orçamento impositivo foi o desvio do destino dos recursos para as bases dos parlamentares, descaracterizando as programações municipais (SANTOS; DELDUQUE; ALVES, 2016). Ressalta-se que a publicação da EC 86 desconsiderou um

projeto de Lei de Iniciativa Popular (PLP 321/2013) que propunha o percentual mínimo de 10% da receita corrente bruta da União para o investimento no SUS. O PLP foi fruto do movimento denominado Saúde+10, o qual coletou duas milhões e 200 mil assinaturas de todo o país (o mínimo seria um milhão e 500 mil) e chegou a ser aprovado na Comissão de Legislação Participativa da Câmara dos Deputados e a entrar em tramitação, mas não foi votado.^{111, 112}

Os limites ao fluxo adequado de recursos para o SUS, no entanto, vão além da legislação que compõe o eixo do financiamento específico da saúde, tendo origem no descumprimento histórico da destinação de 30% do orçamento da seguridade social para a saúde, conforme estabelecido pelo Art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias - ADCT (SANTOS; FUNCIA, 2021). Em 2016, foi publicada a EC nº 93, que prorrogou pela sétima vez¹¹³ a chamada Desvinculação de Receitas da União (DRU), que foi criada em 1994, inicialmente com o nome de Fundo Social de Emergência, e estabeleceu que 20% dos impostos arrecadados poderiam ser utilizados para outros fins, fora do orçamento da seguridade social.¹¹⁴ Nas seis primeiras prorrogações da DRU, esse percentual foi mantido, sendo aumentado para 30% com a EC 93 até 31 de dezembro de 2023 (SALVADOR, 2017; SANTOS; FUNCIA, 2021).

A EC 93, entretanto, foi a primeira a excluir a saúde das permissões para desvinculação de receitas, ou seja, sobre os recursos destinados ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde não pode haver incidência da DRU a partir de 2016 (BRASIL, 2016b). Embora essa nova regra pareça uma preocupação com a manutenção dos recursos para a saúde, vale lembrar que o percentual mínimo determinado constitucionalmente nunca foi cumprido, portanto, não houve ganhos para o financiamento do SUS. Pelo contrário, a partir da análise dos dados disponíveis na plataforma Siga Brasil¹¹⁵ do Senado Federal, foi realizado o cálculo do montante que representaria 30% do orçamento da seguridade social,

¹¹¹Projeto do Movimento Saúde+10 é aprovado e já tramita no Congresso. CONASS Notícias, 30 de agosto de 2013. Disponível em: < <https://www.conass.org.br/projeto-do-movimento-saude10-e-aprovado-e-ja-tramita-no-congresso/>>. Acesso em 22 jan. 2023.

¹¹²Saúde Mais 10 luta por mais recursos para o SUS. DSSBR ENSP/FIOCRZ, Rio de Janeiro, 07 de agosto de 2014. Disponível em: < <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/saude-mais-10-luta-por-mais-recursos-para-o-sus/#>>. Acesso em: 22 jan. 2023.

¹¹³A DRU foi criada pela EC 01/1994, sendo prorrogada consecutivamente pelas Emendas: EC 10/1996; EC 17/1997; EC 27/2000; EC 42/2003; EC 56/2007; EC 68/2011 e EC 93/2016.

¹¹⁴O orçamento público apresenta os componentes fiscal, seguridade social e investimentos, sendo a seguridade composta pela saúde, previdência e assistência social; o orçamento de investimentos destina-se às estatais e o fiscal se refere às outras programações dos Poderes da União.

¹¹⁵SIGA-BRASIL. SENADO FEDERAL. Disponível em:

<https://www8.senado.gov.br/BOE/BI/logon/start.do?ivsLogonToken=www8a.senado.gov.br%3A6400%407896328JIZyEDtyN3zwLjpG7I6U3HNkhyECo85iF7896326JFCGMrNDBY7L5mmww7p8Bya7t7DnG8vbU>.

Acesso em 22 de maio de 2022.

caso ele tivesse sido adequadamente aplicado na saúde. A simulação evidenciou uma perda de mais de um trilhão de reais no orçamento da saúde com a DRU, entre 2002 e 2017. Além disso, o valor real aplicado correspondeu a, no máximo, 15,54% do orçamento federal em 2002, passando para 12,65% em 2017 (Tabela 11).

Tabela 11 - Valor empenhado para saúde em relação ao Orçamento da Seguridade Social, real e simulado (30%), Brasil, 2002-2017.

Ano	OSS (R\$ bilhões) ¹	30% do OSS (simulação)	Empenho saúde (R\$ bilhões) ¹	Empenho/OSS %
2002	163,64	49,09	25,43	15,54
2003	190,56	57,17	27,17	14,26
2004	223,05	66,92	32,97	14,78
2005	253,51	76,05	36,48	14,39
2006	291,65	87,50	40,58	13,91
2007	324,56	97,37	45,72	14,09
2008	360,26	108,08	50,14	13,92
2009	411,86	123,56	58,15	14,12
2010	458,99	137,70	61,87	13,48
2011	514,3	154,29	72,24	14,05
2012	579,13	173,74	79,92	13,80
2013	662,24	198,67	85,30	12,88
2014	731,44	219,43	94,07	12,86
2015	783,87	235,16	102,09	13,02
2016	855,92	256,78	108,27	12,65
2017	929,59	278,88	117,60	12,65

Fonte: Siga-Brasil/Senado Federal. Elaboração e cálculos próprios

¹Valores nominais, não corrigidos.

Paralelamente à desvinculação das receitas, a execução orçamentária da seguridade social vem incluindo despesas que não se referem às políticas da pasta, como pagamento de salários e benefícios de servidores e militares, que deveriam estar no orçamento fiscal (SALVADOR, 2017). Há ainda os chamados gastos tributários, que significam a renúncia de uma parte da arrecadação pelo Estado,¹¹⁶ afetando diretamente o Orçamento da Seguridade. Entre 2003 e 2015, o governo deixou de arrecadar R\$ 331,5 bilhões, o que representa quase 1/3 das despesas com ações e serviços públicos de saúde do Ministério (OCKÉ-REIS, 2018).

Ainda em 2016, antes mesmo dos efeitos da EC 86 serem sentidos completamente, a publicação da Emenda Constitucional nº 95 (EC 95/2016), a chamada PEC do teto dos gastos, foi capaz de revelar um cenário ainda mais desolador. O objetivo da EC 95 foi instituir o Novo Regime Fiscal no âmbito do Orçamento Público por 20 anos. Segundo os critérios estabelecidos, o limite de gastos para o ano de 2017 deveria equivaler à despesa primária paga

¹¹⁶O gasto tributário se refere a uma série de subsídios estatais e desonerações fiscais em prol do setor privado, cujo objetivo é incentivar prestadores e operadoras de planos de saúde filantrópicos e induzir a compra de serviços e de planos privados a partir do desconto no imposto de renda de pessoas físicas e jurídicas (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008).

em 2016, corrigida em 7,2%. Para os anos seguintes, foi definido que o teto seria baseado no limite do ano anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, o IPCA (BRASIL, 2016a). No entanto, a interpretação oficial para a definição dos valores a serem aplicados no SUS a cada ano, a partir da correção do que foi aplicado do ano anterior, significa uma perda ainda maior de recursos (SANTOS; FUNCIA, 2021).¹¹⁷

Enquanto pelas Emendas 29 e 86, o cálculo do investimento mínimo no SUS era realizado a partir de uma base móvel, com a EC 95, a base de cálculo passou a ser fixa. Em outras palavras, a correção dos valores com a EC 29 e a EC 86 baseava-se no valor investido no ano anterior ao ano corrente, ou seja, atualizando-se de um ano para o outro, ao contrário da EC 95, que fixou o piso no valor empenhado em 2017 (SANTOS; FUNCIA, 2021). Dessa forma, ao se manter congelado o valor mínimo a ser aplicado, até 2036 haverá a redução do valor mínimo *per capita* para ações e serviços públicos de saúde, pois mesmo no caso de crescimento da receita, a correção não acompanhará o crescimento populacional (FUNCIA, 2019; MOUTINHO; DALLARI, 2019).

Em nova simulação das perdas impostas ao Sistema, Funcia (2019) comparou as estimativas calculadas a partir das Emendas Constitucionais 86 e 95 e como seria o cenário se o projeto Saúde + 10 tivesse sido apreciado e aprovado pelo Congresso. No último caso, haveria um adicional de recursos para o sistema de aproximadamente R\$36 bilhões. Outra potencial fonte de recursos seria a redução do pagamento de juros da dívida pública, o que traria a economia de cerca de R\$200 bilhões, sendo que metade poderia ser alocada no SUS. Igualmente, a redução da renúncia fiscal, devido a descontos no Imposto de Renda nos casos de pessoas que pagam planos de saúde, aumentaria em torno de R\$92 bilhões a receita do Tesouro Nacional.

Dando continuidade ao projeto de descaracterização e desmonte do SUS e do aparato de proteção social no país, no início de 2017, foi apresentada uma proposta, chamada de Plano de Saúde Acessível, pelo então Secretário de Atenção à Saúde (Francisco Figueiredo) por meio de um ofício dirigido ao Diretor Presidente da ANS, José Abrahão. Segundo o documento, após discussões de um grupo de trabalho instituído em 2016 para viabilização de “um plano de saúde mais acessível à população brasileira”, três desenhos de seguros populares foram concebidos: o Plano Simplificado, destinado à cobertura de Atenção Primária (APS) e serviços complementares de baixa e média complexidades; o Plano Ambulatorial + hospitalar, caracterizado pela cobertura de APS e atenção especializada, de média e alta

¹¹⁷Segundo os autores, o governo FHC tentou usar essa mesma interpretação com a EC 29, mas foi impedido pelo Congresso (SANTOS; FUNCIA, 2021).

complexidades, após avaliação de um médico de família; e o Plano em Regime Misto de Pagamento, para cobertura de serviços hospitalares, terapias de alta complexidade, medicina preventiva e atendimento ambulatorial, com incidência de pré e pós-pagamentos. A questão apresentada para justificar a proposta foi o aumento do desemprego, com redução da clientela das operadoras de saúde (BRASIL, 2017b).

Felizmente, a proposta foi negada pela ANS, o que, para o Participante 1, está relacionado ao fato do Ministério não ter participação significativa na Agência, gerando problemas na grande maioria dos casos. Em outras palavras, para o entrevistado, há uma questão importante em relação à atuação da ANS, que é a necessidade de se aprimorar os mecanismos de transparência, a partir de uma maior participação na administração pelo Ministério da Saúde. Os dados gerados sobre as operadoras não são utilizados de forma efetiva, havendo ainda uma omissão do Ministério para definir as diretrizes que devem ser seguidas pela ANS, a qual acaba sendo uma formuladora de política para o setor (Participante 1). Além disso, há a inserção de pessoas dentro da Agência para defender os interesses das operadoras. “Então, é claro que os interesses privados se articularam cada vez mais, mesmo sendo regulados” (Participante 10).

Mas, veja bem, isso foi um problema e, de repente, acabou sendo também uma vantagem. Quando o Ministério de Saúde tentou empurrar goela abaixo da agência reguladora, por exemplo, a questão dos planos populares, a agência reguladora acabou funcionando como um obstáculo à implantação dos planos populares. Então, tem uma contradição aí, um peso e contrapeso, nessa discussão (Participação 1).

Por outro lado, vale lembrar que, embora a proposta tenha sido apresentada em 2017, durante o governo Temer, o Diretor José Abrahão havia sido nomeado pela Presidenta Dilma Rousseff, o que pode ter influenciado a decisão de barrar a proposta. A Participante 10 ainda ressalta que o corpo técnico da ANS é muito competente e, juntamente com os representantes da ANVISA, enfrentam esses interesses por dentro da Agência (Participante 10).

Com a malsucedida entrega da APS ao mercado, em setembro de 2017, foi publicada a Portaria 2.436, que trouxe uma nova versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A nova PNAB, apesar de manter os conceitos e componentes das versões anteriores (2006 e 2011), baseadas na descentralização e regionalização e na definição da Atenção Básica como porta de entrada, trouxe mudanças sutis quanto à organização do serviço, cobertura dos territórios, flexibilização dos arranjos das unidades de saúde e das equipes, entre outras (BRASIL, 2006f; 2011g; 2017c).

Para Morosini, Fonseca e Lima (2018), a descaracterização do modelo original do SUS é evidenciada pela “pretensão flexibilidade, sustentada pelo argumento da necessidade de atender especificidades locorregionais”. Isso significa que, ao prover os gestores com maior liberdade para a organização da sua rede, busca-se garantir a efetividade da descentralização, mas tal pretensão só se concretizaria se, juntamente com a flexibilidade, fossem previstos mais recursos para a permitir o aproveitamento da autonomia obtida, além de um forte controle social das ações, serviços e resultados (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p.14).

Ao mesmo tempo, ao deixar o texto genérico e com abertura a múltiplas interpretações, as escolhas realizadas pelas políticas anteriores são neutralizadas pelo reforço à concepção político-ideológica de redução do Estado e de direcionar a cobertura da Atenção Básica para as áreas de risco e com vulnerabilidade social. Há também o fomento ao “modelo de atenção biomédico, curativo e focado no controle de riscos individuais” (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; p.18). A nova PNAB veio ainda acompanhada de mudanças no formato do repasse de recursos pelo Ministério da Saúde, visando materializar a flexibilização na organização da atenção trazida pela Política. No final de 2017, foi publicada a Portaria nº 3.992, a qual reduziu para dois o número de blocos de financiamento do SUS: o Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e o Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde (BRASIL, 2017d), deixando clara a retirada do Ministério na indução das políticas de saúde. Além disso, ao flexibilizar o repasse financeiro, amplia-se a probabilidade de uso dos recursos de forma clientelista e afastada das necessidades de saúde da população.

Como parte desse movimento, a efetivação do direito universal à saúde no Brasil ainda é ameaçada, fora do âmbito legal e normativo, por pressões de organizações internacionais, como o Banco Mundial. Em abril de 2019, foi realizada uma audiência pública na Câmara dos Deputados, na qual foi debatido o relatório elaborado pelo Banco em 2018 intitulado “Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro”.¹¹⁸ Embora o relatório contenha propostas como o fortalecimento da Atenção Primária, o documento se inicia com uma grave armadilha conceitual ao afirmar que a criação SUS em 1988 estabeleceu a cobertura universal à saúde. Ademais, o Banco propõe uma maior participação da rede privada na prestação dos serviços, por meio das Organizações Sociais e contesta a

¹¹⁸REIS, V. A reforma da saúde e a Abrasco em defesa do SUS. *ABRASCO*, 05 abr. 2019. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/a-reforma-da-saude-e-a-abrasco-em-defesa-do-sus/40212/>>. Acesso em: 21 jan. 2020.

necessidade de aumento do financiamento público no sistema alegando a desqualificação da gestão (BANCO MUNDIAL, 2018).

Em novembro de 2019, o governo do ex-presidente Bolsonaro realizou uma reforma da Atenção Básica com o argumento de que estaria fortalecendo a Atenção Primária, conforme as recomendações internacionais e de especialistas na área (HARZHEIM, 2020). A primeira medida foi a publicação da Portaria nº 2.979, a qual instituiu o Programa Previne Brasil, um novo modelo de financiamento de custeio da APS no SUS (Figura 29). Foram instituídos três componentes de custeio: a capitação ponderada; o pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas, sendo extintas as modalidades anteriores, como o PAB-Fixo e o PAB-Variável. O primeiro componente, além de considerar a população cadastrada, pondera o valor por pessoa cadastrada pela vulnerabilidade socioeconômica, o perfil demográfico por faixa etária e a classificação geográfica do município realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (BRASIL, 2019a).

O pagamento por desempenho, por sua vez, está atrelado a metas de alguns indicadores, classificados em três categorias: processo e resultados intermediários das equipes; resultados em saúde e globais de APS. Já o terceiro componente define 16 ações estratégicas como o Programa Saúde na Hora; a Equipe de Consultório na Rua; a Unidade Básica de Saúde Fluvial; a Equipe de Saúde da Família Ribeirinha; Equipe de Atenção Básica Prisional; ações relacionadas à saúde bucal; entre outras (BRASIL, 2019a). Apesar da Portaria 2.979 ter sido publicada há três anos, ainda é difícil avaliar os resultados, pois poucas semanas após sua entrada em vigor, teve início a Emergência Sanitária relacionada à pandemia por Covid-19. Algumas questões, entretanto, merecem ser destacadas, tendo em vista que esse novo modelo de financiamento da APS está inserido em um cenário de austeridade fiscal e de medidas incrementais para a entrada do setor privado no Sistema.

Massuda (2020), em um artigo de debate sobre a Portaria, ressaltou os potenciais perigos e desafios para a APS que a norma poderia representar. O critério de alocação por desempenho, por exemplo, pode fazer com que as equipes foquem nos indicadores e resultados esperados, reduzindo a atenção para os problemas sem incentivo. No caso da capitação, além de outras questões, com o repasse de recursos restrito ao cadastro dos usuários, o financiamento deixa de ser universal (MASSUDA, 2020). Em outras palavras, o custeio das ações da Atenção Básica e das equipes de saúde da família passa a ser atrelado ao cadastro de pessoas (cobertura) e não à organização e estruturação do serviço de forma a atender a todos os cidadãos (direito).

Dessa forma, ao invés de atrelar o financiamento à oferta (como era no caso do PAB-Fixo), a base do financiamento passa a ser a demanda, a partir da capitação. Mesmo que a capitação seja ponderada e, teoricamente, pautada na equidade, em ambientes urbanos, por exemplo, há regiões em que grande parte dos cidadãos utiliza serviços privados. E, tendo em vista o incentivo para se aumentar a clientela das operadoras de saúde, a atenção básica perderá um importante volume de recursos, que já eram insuficientes.

Ao mesmo tempo, o critério socioeconômico da capitação ponderada traz o artifício da focalização e segmentação de políticas que se dizem equitativas, pois para receber o recurso financeiro, é preciso ser pobre e provar ser pobre, o que, novamente, afasta a concepção de direito. O critério geográfico e demográfico, por sua vez, traz uma maior dependência da qualidade dos dados coletados pelas equipes, gestores e pelo IBGE, o qual também foi sucateado nos últimos anos.¹¹⁹ O único critério aparentemente capaz de representar algum ganho real em equidade, refere-se ao componente III, pois, embora esteja ligado a populações vulneráveis, o foco do incentivo é a equipe que atende a essas pessoas. Além disso, as ações estratégicas estão voltadas para populações extremamente vulneráveis e comumente à margem das políticas sociais.

Logo após a publicação da Portaria 2.979, foi aprovada a Lei nº 13.958 de 2019 (Figura 29), que criou o Programa Médicos pelo Brasil e autorizou a instituição da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), um serviço social autônomo, na forma de pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos e que se vincula ao Ministério da Saúde por meio de um contrato de gestão. Entre outras características, destacam-se as possibilidades da Agência em “articular-se com órgãos e entidades públicas e privadas para cumprimento dos seus objetivos” e “firmar contratos, convênios, acordos, ajustes e outros instrumentos congêneres com órgãos e entidades públicas e privadas”. (BRASIL, 2019b). A instituição efetiva da Agência se deu a partir do Decreto nº 10.283, já em março de 2020 (BRASIL, 2020a), em meio à pandemia por Covid-19 (Figura 29).

A partir do relato histórico do marco normativo do Sistema brasileiro, entre 1990 e 2020, podem-se identificar diversos desafios para a efetivação do direito à saúde no Brasil. O subfinanciamento e a entrada gradual do setor privado no SUS são os mais importantes, pois além de estarem inter-relacionados, levam a outros desafios e/ou determinam como eles serão,

¹¹⁹A situação do Instituto foi ainda piorada no governo Bolsonaro, com atraso no censo populacional, após ameaça de não realização e corte de recursos, afetando a abrangência e qualidade das pesquisas. (Mais informações em: Deixar de fazer Censo este ano é tiro de morte no IBGE, que está sendo sucateado, diz demógrafo. APUFSC, Na mídia, 07 de abril de 2021. Disponível em: <https://www.apufsc.org.br/2021/04/07/deixar-de-fazer-censo-este-ano-e-tiro-de-morte-no-ibge-que-esta-sendo-sucateado-diz-demografo/>. Acesso em: 25 jan. 2023).

ou não serão, enfrentados. Na visão dos participantes, o subfinanciamento é um dos maiores - se não o maior - obstáculo para a consolidação do sistema, questão que nunca foi enfrentada, realmente, desde a Reforma Sanitária, como foi discutido anteriormente.

Então, nós tivemos todo esse período da implantação da questão do direito à saúde previsto na Constituição, nestes mais de 30 anos, tensionado pela questão do subfinanciamento. Acho que esse foi um primeiro problema. (...). [Então, o financiamento é o principal desafio que a gente tem]. Com certeza! (Participante 1).

Mas, o SUS tem sérios obstáculos, um desses obstáculos, maiores, que é muito conhecido e eu não vou pisar muito nesse assunto, porque ele já está muito conhecido da sociedade brasileira - até agora com a Pandemia - que é o subfinanciamento crônico e desfinanciamento sobretudo depois da Ementa Constitucional 95 (Participante 6).

Apesar do reconhecimento da insuficiência de recursos para o SUS, mais do que a questão orçamentária em si, uma das principais razões para que esse cenário se mantenha é a não priorização política da efetivação de um direito que deveria ser universal e a incidência de interesses eminentemente privados no sistema e nos seus recursos.

No Brasil, a gente tem uma influência política que acaba dificultando a implementação desses direitos sociais, especialmente o direito à saúde (...). A questão é que o cenário orçamentário, o modelo brasileiro, é muito difícil de alocação de recursos. Então, se tem outras prioridades que, em tese, deveriam estar atrás do fomento, da concretização da saúde, do direito à saúde, mas se colocam, por questões políticas ou ideológicas, com um patamar de prioridade em relação à saúde (Participante 7).

Não se pode esquecer que a questão da priorização política se refere tanto ao Poder Executivo, quanto ao Legislativo, tendo em vista que os projetos e normativas evidenciam o atendimento aos “interesses imediatos do mercado” e a “desconstrução de pontos e teses fundamentais da Reforma Sanitária enquanto projeto político” (COHN; GLERIANO, 2021, p.7). Além disso, muitas das campanhas eleitorais de integrantes do Executivo e do Legislativo são financiadas por esses mesmos atores do mercado, interferindo na não priorização e também no veto a projetos e leis que visam fortalecer o setor público (Participante 10).

Não é algo que o nosso parlamento veja como prioridade, com a importância que tem. Pelo contrário, tem centenas de “ideias”, de propostas, de projetos, no Congresso, exatamente com esse sentido: de reduzir o SUS. Quando não, de transformá-lo em algo irreconhecível para o padrão constitucional de hoje (Participante 3, aspas do entrevistado).

Nesse sentido, a descaracterização do SUS que, antes possuía um viés programático, com proposição de normas para reduzir o seu tamanho, sua efetividade e sua assertividade, sem, no entanto, alterar seus marcos fundamentais, hoje assumiu um caráter mais profundo. “Então, a estratégia era desidratar. Você não mexia na Constituição, mas você criava normas de cunho administrativo, ou de lei ordinária, muitas vezes, que retiravam a substância, retiravam a força do princípio constitucional (...). Mas, hoje, a perspectiva é o desmonte” (Participante 3). E o desmonte não visa a extinção do SUS, mas a criação de um Sistema Nacional de Saúde, unindo público e privado, “claro que com o controle deles na gestão como um todo” (Participante 10).

Conforme ressalta o Participante 1, a pandemia realmente trouxe maior visibilidade para o SUS e aumento da “vocalização de defensores”, inclusive dentro do Congresso, mas ao se observar a concepção de sistema que os “recém convertidos” apresentam, percebe-se que ela se afasta do que seria um SUS universal.

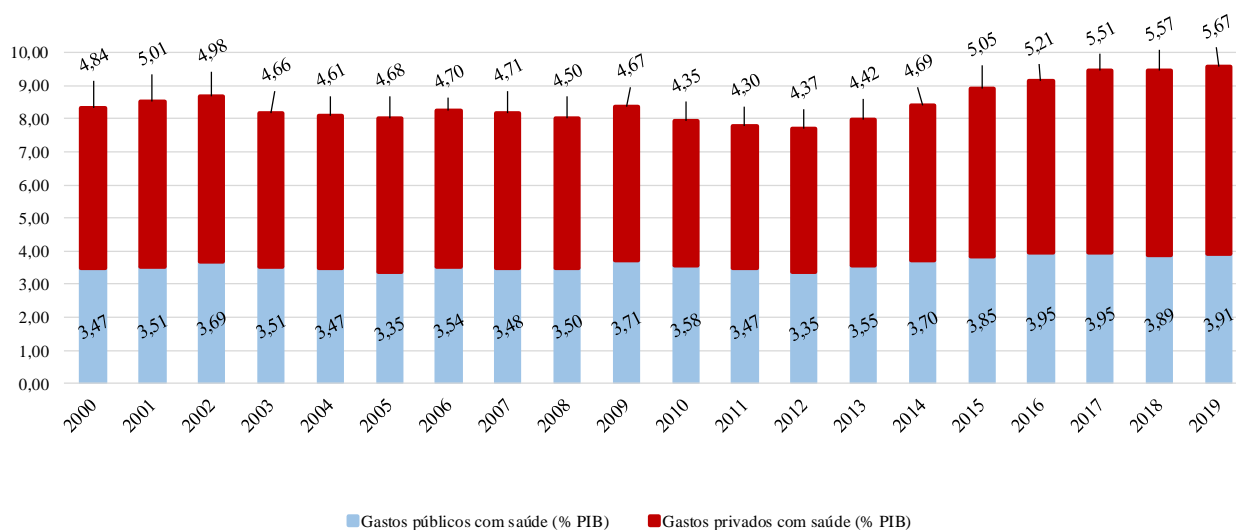
Porque é meio assim: “eu sou a favor de aumentar o financiamento do SUS, mas sou a favor da PEC dos gastos”. Quer dizer, isso é incompatível! Esses novos convertidos, mesmo o Armínio Fraga, que tem defendido maior recursos para o SUS, na hora que você vai aprofundando, ele não tem uma posição contestatória absoluta da emenda constitucional dos gastos, o que torna impossível você aumentar o financiamento federal com o SUS (Participante 1, aspas do entrevistado).

Diante desse contexto, vale lembrar que, desde 1990, não houve solução para o subfinanciamento da saúde pública. Para agravar esse cenário, as Emendas Constitucionais 86/2015 e 95/2016 representam os maiores golpes sofridos para a sustentabilidade do SUS, ultrapassando o desafio do subfinanciamento e tornando-se uma questão de “desfinanciamento” do Sistema. A EC 95, ao limitar as despesas primárias, ainda incide sobre outras políticas sociais, o que não acontece com o pagamento dos juros da dívida pública, despesas às quais não foi imposto um teto (OLIVEIRA; CONTE, 2021, p.22). O retrocesso das políticas sociais incide diretamente na concepção de cidadania. Em outros termos, como dimensão da cidadania, a efetivação dos direitos sociais passa pela institucionalização desse direito, o que envolve ter recursos financeiros, ter infraestrutura, trabalhadores e capilaridade para promover o acesso pelas pessoas. “O processo de institucionalização é fundamental para garantir os direitos da cidadania (Participante 10).

Paralelamente, um dos efeitos do sub e do desfinanciamento do SUS é o aumento dos gastos privados por parte de trabalhadores, famílias e idosos com planos de saúde, serviços médico-hospitalares e medicamentos (OCKÉ-REIS, 2018). Embora o Brasil tenha um Sistema Público de saúde, a proporção de gastos privados em relação ao PIB ultrapassa o

percentual de gastos públicos entre 2000 e 2019 (Gráfico 9). Além disso, o crescimento dos gastos privados, tanto gerais, quanto *per capita*, foi maior que o crescimento do gasto público em todo o período, sendo que ambos ultrapassaram o crescimento do PIB por diversos anos. Somente entre 2000 e 2009 a média de crescimento dos gastos públicos foi maior (Figura 30).

Tais resultados também foram encontrados por Figueiredo, Prado e Medina *et al.* (2018) em um estudo comparativo sobre os gastos em saúde em diversos países. Os autores ressaltaram o quanto o gasto público no Brasil é baixo em relação a outros países com sistemas universais, os quais têm ampliado progressivamente o investimento na saúde, ultrapassando 6% do PIB há muitos anos. Nem mesmo na crise de 2008, quando esse percentual foi reduzido, o Brasil se aproximou do investimento desses países. Ao mesmo tempo, o Brasil foi o país que apresentou o maior percentual de gastos privados em relação ao PIB (FIGUEIREDO; PRADO E MEDINA *et al.*, 2018). Neste estudo, os gastos privados chegaram a quase 6% do PIB (Gráfico 9).

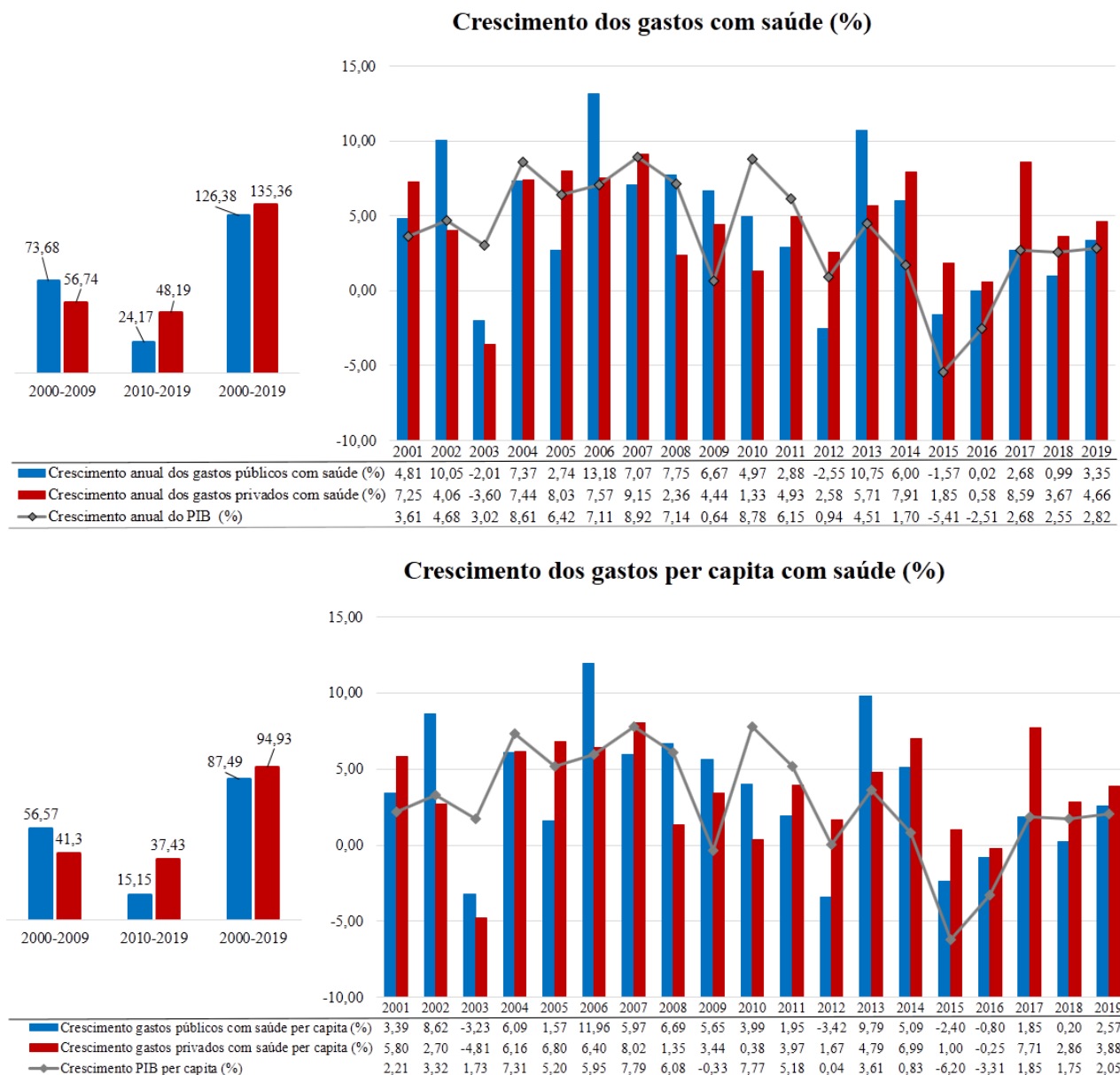


Fonte: Pan American Health Organization (PAHO), 2022 (elaboração própria). Dados completos no Apêndice 19. Dados disponíveis somente a partir do ano 2000.

Gráfico 9 - Proporção de gastos públicos e privados em saúde por ano, Brasil, 2000-2019

Além da diferença entre os dois tipos de gastos como proporção do PIB, os gastos públicos também representaram um percentual inferior aos gastos privados levando-se em consideração o gasto total com saúde no país. No período avaliado por Figueiredo, Prado e Medina *et al.* (2018), os gastos públicos no Brasil não ultrapassaram 46% do gasto total, enquanto no Reino Unido e França, por exemplo, esse percentual foi maior que 75% (FIGUEIREDO; PRADO E MEDINA *et al.*, 2018). Os dados avaliados no presente estudo

revelaram resultados similares, sendo encontrada, entre 2000 e 2019, a média de 43% de gastos públicos em relação ao total de gastos (Apêndice 19).



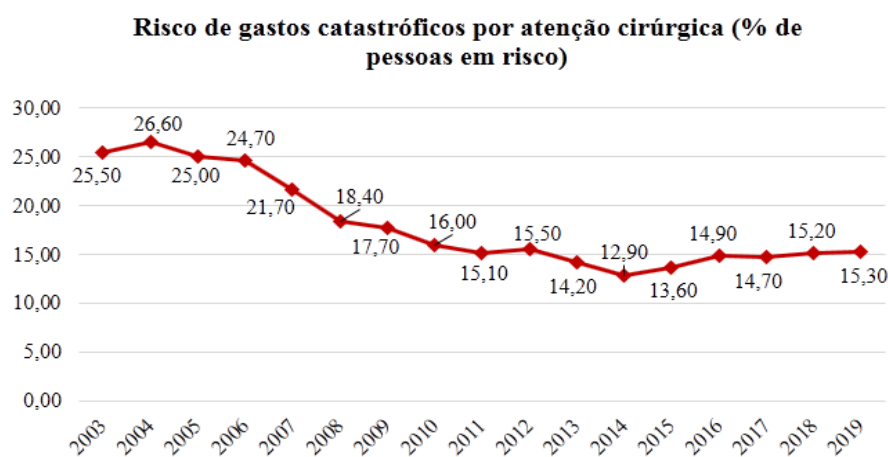
Fonte: Pan American Health Organization (PAHO), 2022 (elaboração e cálculos próprios). Crescimento calculado a partir dos valores correntes dos gastos, corrigidos pela PPC. Dados completos no Apêndice 19. Dados disponíveis somente a partir do ano 2000.

Figura 30 - Gráficos da evolução histórica do crescimento anual dos gastos em saúde, em comparação ao crescimento do PIB, Brasil, 2001-2019.

Esses achados reforçam a discussão sobre o subfinanciamento do SUS e remetem à relação entre desigualdade e acesso à saúde, uma vez que, em 2019, somente 28% da população do país possuíam planos privados de saúde. Ou seja, gasta-se mais no setor privado para o atendimento de três vezes menos pessoas do que no setor público (SOUZA JÚNIOR;

SZWARCWALD; DAMACENA *et al.*, 2021). A questão da desigualdade torna-se ainda mais evidente a partir da análise dos gastos catastróficos por atenção cirúrgica. Embora a medida tenha apresentado queda entre 2003 e 2019 (Gráfico 10), esse tipo de gasto se mostrou fortemente associado ao índice de Gini; à vulnerabilidade ocupacional; à razão de mortalidade materna; à taxa de mortalidade infantil; à taxa de mortalidade em menores de cinco anos e à taxa de mortalidade neonatal. Em contrapartida, o crescimento econômico (PIB, PIB *per capita*, PNB e PNB *per capita*), o IDH e a população urbana apresentaram correlação negativa com os gastos catastróficos (Tabela 12).

Boing, Bertoldi e Barros *et al.* (2014), ao avaliarem a evolução dos gastos catastróficos gerais segundo características socioeconômicas, encontraram uma maior incidência desses gastos entre os mais pobres e em domicílios cujo chefe de família possuía até quatro anos de estudo (BOING; BERTOLDI; BARROS *et al.*, 2014). Em outra investigação, Barros, Bastos e Dâmaso (2011) observaram menores taxas de gastos catastróficos nas regiões mais ricas do país, sendo que os medicamentos foram os itens que mais pesaram no orçamento das famílias de forma geral (BARROS; BASTOS; DÂMASO, 2011). Neste estudo, o gasto com medicamentos pode explicar a pouca variação dos gastos do próprio bolso entre 2000 e 2019 e também sua correlação positiva com os gastos catastróficos por atenção cirúrgica (Gráfico 11).

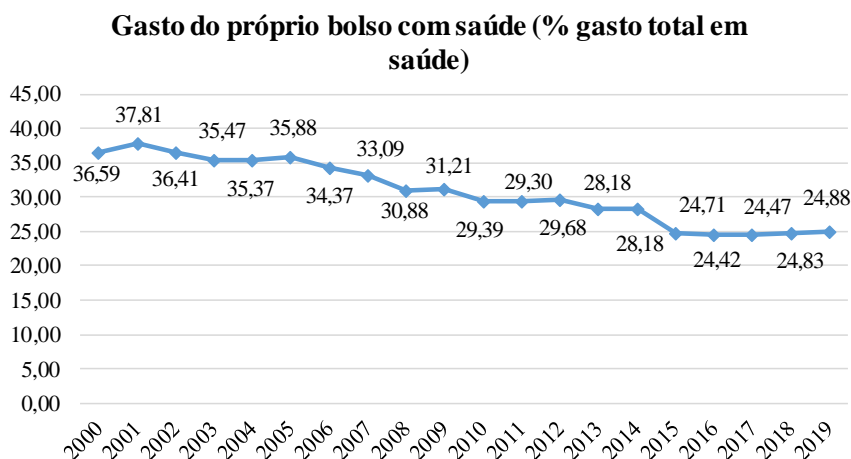


Fonte: Pan American Health Organization (PAHO), 2021 (elaboração e cálculos próprios).
Dados completos no Apêndice 19. Dados disponíveis somente a partir do ano 2003.

Gráfico 10 - Evolução histórica do risco de gastos catastróficos por atenção cirúrgica (% de pessoas em risco), por ano, Brasil, 2003-2019.

Um dos resultados mais relevantes na discussão acerca dos gastos em saúde é que, como em outros estudos (BARROS; BASTOS; DÂMASO, 2011; MORAES; SANTOS;

WERNECK *et al.*, 2022), os gastos privados não se mostraram correlacionados aos gastos catastróficos por atenção cirúrgica, ou seja, o fato de possuir um plano de saúde privado não está associado à proteção contra gastos catastróficos. Por outro lado, os gastos públicos estão relacionados à proteção das pessoas e famílias, uma vez que foi encontrada uma correlação negativa desses gastos com os gastos catastróficos por atenção cirúrgica (Tabela 12).



Fonte: Pan American Health Organization (PAHO), 2022 (elaboração e cálculos próprios).
 Dados completos no Apêndice 19.
 Dados disponíveis somente a partir do ano 2000.

Gráfico 11 - Evolução histórica dos gastos do próprio bolso com saúde (% do gasto total em saúde), por ano, Brasil, 2000-2019.

Nesse cenário, além de pesar sobre a renda das famílias, o não cumprimento do financiamento federal adequado para o SUS vem também sobrecarregando os municípios, principalmente tendo em vista o avanço da descentralização e da municipalização, com aumento da responsabilidade desses entes (MOUTINHO; DALLARI, 2019; OLIVEIRA; CONTE, 2021). “A gente precisa de uma equanimidade de distribuição entre os entes federados, há muita reclamação de estados e municípios quanto à parcela que a união financia, que é deficiente no tempo” (Participante 2), situação que é agravada pelo modelo da administração pública no Brasil.

Sobre essa questão, tanto os entrevistados, quanto a literatura, evidenciam a interface entre a insuficiência de recursos e aspectos burocráticos e administrativos como uma forte razão para a utilização da rede privada pelos municípios, seja por meio de OS, OSCIPS ou outros arranjos locais, o que reforça o processo de privatização gradual do sistema (PAIM, 2018; SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015). No caso das OS, não obstante sua criação tenha se dado no governo FHC, houve uma ampliação da sua utilização no governo Lula, o que pode

ser explicado pelo ganho de autonomia legislativa por parte de municípios, os quais precisaram buscar alternativas para os desafios relacionados ao processo de gestão dos serviços de saúde (SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015).

Para o Participante 1, uma reforma da administração pública brasileira é necessária, uma vez que o decreto que normatiza a matéria foi emitido no período da ditadura, fazendo com que as estruturas administrativas no país sejam arcaicas e não acompanhem a evolução da tecnologia e das relações da sociedade. Ao mesmo tempo, foi se criando um conjunto de normas complexas, que faz com que o gestor tenha muitas dificuldades em administrar o Sistema, desde a APS, até o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e os hospitais, durante 24 horas.

Então, ao você ficar submetido a esse cipoal de regras e formatos que o Estado brasileiro foi criando ao longo do tempo, você tornou a operação muito complexa. A gestão do SUS ficou muito complexa. Na melhor das hipóteses, você sai preso no final do seu período de gestor, pelas dificuldades todas que estão sendo criadas (...). As instituições da saúde, eu diria que um hospital, por exemplo, tem uma administração mais complexa do que um aeroporto (Participante 1).

Da mesma forma, o Participante 7 reconhece o quanto é difícil ser gestor do SUS, dadas as barreiras burocráticas e as limitações impostas pelos órgãos de controle que “são muito rigorosos e, às vezes, até abusam no ato de controlar”. Para o entrevistado, a maioria dos gestores tem “boa fé e boas intenções” e, mesmo aqueles mais qualificados possuem inúmeras dificuldades em seu trabalho (Participante 7). Essas questões fazem com que muitos gestores busquem soluções e façam arranjos fora do Estado, o que “gera, de novo, um acúmulo de capital, de poder político, tudo fora do Estado. E, depois, vem disputar parcelas do orçamento” (Participante 1). A Lei de Responsabilidade Fiscal, por exemplo, foi indicada como uma das principais razões para a busca das soluções fora do Estado e utilização da rede privada pelos gestores.

Porque você tem um teto da Lei de Responsabilidade Fiscal, mas você tem uma série de necessidades de saúde da população, então, para driblar esse teto, você contrata OS. Às vezes não é nem por opção, de achar que é melhor, é porque você tem a Lei de Responsabilidade Fiscal que limita sua capacidade de contratação. Eu acho que isso explica muito a opção pelas OS (Participante 5).

Para o enfrentamento desse desafio é preciso que se discuta a reforma da administração e novos formatos institucionais dentro do Estado, com vistas a dotar a rede pública de maior capacidade para operar os serviços sem precisar terceirizar as ações. Não se trata de negar que em muitos casos tais arranjos realmente se dão por interesses, pois há OS

que são criadas de forma repentina ou OS de uma cidade vai administrar um hospital em outra do lado oposto do país, por exemplo. Igualmente, não se trata de defender a redução de controle, “pelo contrário, eu acho que esses acordos, esses arranjos é que favorecem a falta de transparência e a malversação, muitas vezes, dos serviços públicos” (Participante 1).

O Participante 2 compartilha dessa visão e ressalta que entidades privadas estão assumindo a gestão de órgãos públicos de saúde na forma de OS e de OCIPS como uma forma de se desviar dos limites da Lei de Responsabilidade Fiscal e dos limites de pessoal. “Me parece muito negativo, porque você reduz os controles, você reduz a estruturação, tanto de controle qualidade de gasto, quanto de controle da boa aplicação dos princípios do Sistema Único” (Participante 2). A situação do gestor, no entanto, é muito complexa, pois a folha de pagamento representa a maior parte da destinação de recursos, reduzindo a possibilidade de investimentos nas ações e serviços.

Setenta por cento de um orçamento de saúde, de qualquer gestor, é folha de pagamento. E, claro, que as pessoas têm que ser remuneradas. Isso não está em causa. Então, você pega um orçamento de saúde e pensa que aquilo ali é para construir unidade de saúde, para comprar equipamentos, enfim. Não! É uma fração daquilo que você pode investir. E tem a parte do custeio também. Aí você vai diminuindo a possibilidade de investimento na saúde (Participante 3).

Nos municípios menores, o cenário é ainda pior, pois há dificuldades de compreensão, de acesso à informação, além da potencialização das influências às quais, localmente, os gestores estão submetidos (Participante 3). Há municípios de pequeno porte em que as Santas Casas têm mais poder político que o prefeito, como no caso de um município do Estado de São Paulo que vem apresentando a dificuldade de contratação de médicos para a rede de serviços, conforme relatou o Participante 1. Segundo o entrevistado, os profissionais têm exigido salários altos, o que é barrado pela legislação municipal, pois ultrapassa o salário do próprio prefeito.

E aí, como é que ele se vira? Ele passa um dinheiro para a Santa Casa e a Santa Casa contrata um médico para ele, entendeu? Então assim, no fundo, você empurra a administração pública para soluções absolutamente heterodoxas e, muitas vezes, com pouca transparência (Participante 1).

Nesse contexto, tais soluções vão se tornando as únicas opções dos gestores e a dependência do setor privado vai se aprofundando e se enraizando. No estudo de Silva; Carvalho; Domingos, *et al.* (2020) sobre a relação público-privada em uma região de saúde composta por municípios de pequeno porte, os autores identificaram diversas práticas e contratos que fogem às normas do sistema. Um exemplo é o estabelecimento de um “contrato

paralelo”, como chamado na região estudada, que se refere à contratação, pelos municípios, de prestadores hospitalares que já estão sob a gestão estadual. Dada a limitação da oferta de serviços, esse contrato acaba sendo baseado nos valores do mercado, fora da tabela SUS (SILVA; CARVALHO; DOMINGOS, *et al.*, 2020, aspas dos autores).

Outra prática realizada pelos prestadores privados da região, é a disponibilização para os municípios dos serviços considerados mais rentáveis e a criação de barreiras ao acesso aos serviços menos lucrativos. Paralelamente, alguns médicos que têm duplo vínculo solicitam e prescrevem para os usuários do SUS exames e terapias ofertados por eles, de forma direta, ou não, no vínculo privado. Para agravar esse cenário, os profissionais privados criam uma “reserva de mercado”, ao induzirem as demandas e criarem arranjos entre grupos fechados no setor privado, impedindo a entrada de outros serviços na região (SILVA; CARVALHO; DOMINGOS, *et al.*, 2020).

Essa submissão do poder público e a própria dupla militância dos médicos fazem parte dessa relação público-privada que é “cheia de vasos comunicantes ao longo do tempo” (Participante 1). Pode-se citar a venda, pelos prestadores privados que atuam de forma complementar no SUS, de seus serviços também às operadoras de saúde, como leitos hospitalares, por exemplo. Essa dupla atuação gera problemas de acesso pelos usuários do sistema público, dada a priorização de atendimento a pacientes de planos de saúde, cuja tabela de procedimentos costuma apresentar preços mais altos que a Tabela SUS. Estabelecem-se mecanismos na porta de entrada para diferenciação da “clientela”, com tempos de espera e tipo de atendimento distintos (MORAIS; ALBUQUERQUE; OLIVEIRA *et al.* 2018; SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015).

Toda essa dualidade e dependência e o formato do poder público de regular ou não regular o setor privado, vem sendo um fator definidor da capacidade do setor privado de expansão, que avançou para um novo patamar: a concentração (Participante 1). A investigação de Scheffer e Souza (2022), por exemplo, evidenciou que entre 2005 e 2019, ocorreram 181 atos de concentração entre operadoras, hospitais e estabelecimentos de medicina diagnóstica, envolvendo capital nacional e estrangeiro. Entre fusões e aquisições, o fato é que esse fenômeno vem crescendo muito amparado pela permissão à entrada de capital estrangeiro em 2015, levando à expansão de conglomerados econômicos da saúde (SCHEFFER; SOUZA, 2022). As próprias OS, ao receberem legalmente um “certificado de filantropia” estão formando grandes conglomerados (MORAIS; ALBUQUERQUE; OLIVEIRA *et al.* 2018).

Tabela 12 - Caracterização estatística e correlação entre o risco de gastos catastróficos por atenção cirúrgica e demais indicadores de gastos em saúde, indicadores econômicos, sociais, laborais e de mortalidade, Brasil, 2003-2019.

Caracterização estatística dos indicadores ¹								
Variáveis	\bar{x}	D.P.	Mín.	Máx.	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Normalidade ²
Risco de gastos catastróficos por atenção cirúrgica (% de pessoas em risco)	18,06	4,69	12,90	26,60	14,90	15,50	21,70	0,004
Gastos públicos com saúde (% PIB)	3,63	0,21	3,35	3,95	3,48	3,55	3,85	0,052
Gastos privados com saúde (% PIB)	4,80	0,44	4,30	5,67	4,50	4,68	5,05	0,015
Gasto do próprio bolso com saúde (% gasto total em saúde)	29,67	4,13	24,42	35,88	24,88	29,39	33,09	0,078
PIB, PPC (valores correntes \$) em bilhões	2692,94	470,10	1769,69	3187,16	2386,12	2939,09	3017,72	0,024
PIB <i>per capita</i> PPC (valores correntes \$)	13588,58	1872,22	9733,77	15718,56	12549,93	14299,55	15040,06	0,034
PNB PPC (valores correntes \$) em bilhões	2629,11	465,25	1713,53	3127,76	2335,44	2876,74	2961,28	0,028
PNB <i>per capita</i> PPC (valores correntes \$)	13265,88	1863,05	9420,00	15430,00	12280,00	13950,00	14650,00	0,040
Taxa de desemprego (% do total da força laboral)	9,06	2,01	6,66	12,82	7,34	8,52	9,99	0,063
Índice de Gini	54,06	1,59	51,90	57,60	53,30	53,50	54,90	0,089
População urbana (% da população)	84,59	1,46	82,20	86,82	83,45	84,63	85,77	0,641
Vulnerabilidade ocupacional (% total de trabalhadores)	28,74	2,24	25,89	32,66	27,38	28,21	30,71	0,091
IDH	0,732	0,026	0,695	0,765	0,706	0,731	0,756	0,037
Expectativa de vida ao nascer (anos)	73,61	1,44	71,30	75,90	72,50	73,60	74,70	0,722
Razão de Mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos)	67,19	6,70	57,90	77,20	62,00	64,50	73,00	0,104
Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos)	17,12	3,81	12,45	25,02	14,48	16,02	19,44	0,168
Taxa de mortalidade em menores de cinco anos (por 1.000 nascidos vivos)	19,21	4,34	13,94	28,30	16,20	17,92	21,81	0,151
Taxa de mortalidade neonatal (por 1.000 nascidos vivos)	11,18	2,37	7,87	15,88	9,65	10,70	12,65	0,567

Correlação ³		
Variáveis	Risco de gastos catastróficos por atenção cirúrgica (% de pessoas em risco)	
	<i>COR/RHO</i>	<i>p</i>
Gastos públicos com saúde (% PIB)	-0,582	0,014
Gastos privados com saúde (% PIB)	-0,223	0,388
Gasto do próprio bolso com saúde (% gasto total em saúde)	0,880	<0,001
PIB, PPC (valores correntes \$) em bilhões	-0,892	<0,001
PIB <i>per capita</i> PPC (valores correntes \$)	-0,848	<0,001
PNB PPC (valores correntes \$) em bilhões	-0,892	<0,001
PNB per capita PPC (valores correntes \$)	-0,873	<0,001
Taxa de desemprego (% do total da força laboral)	0,225	0,383
Índice de Gini	0,943	<0,001
População urbana (% da população)	-0,831	<0,001
Vulnerabilidade ocupacional (% total de trabalhadores)	0,917	<0,001
IDH	-0,833	<0,001
Expectativa de vida ao nascer (anos)	-0,831	<0,001
Razão de Mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos)	0,706	0,002
Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos)	0,848	<0,001
Taxa de mortalidade em menores de cinco anos (por 1.000 nascidos vivos)	0,848	<0,001
Taxa de mortalidade neonatal (por 1.000 nascidos vivos)	0,838	<0,001

¹Cálculos realizados no pacote estatístico R-4.2.1. Dados completos nos Apêndices 17, 18 e 19.

²Teste de normalidade Shapiro-Wilk (SOARES; SIQUEIRA, 2002).

³Correlação de Spearman (RHO) para todos os cruzamentos (PAGANO; GAUVREAU, 2006).

Ressalta-se que a entrada do capital estrangeiro é um componente da financeirização do mercado da saúde, ou seja, da “atuação crescente dos mercados, instituições e agentes financeiros na saúde” (SCHEFFER; SOUZA, 2022, p.11). Esse é um fenômeno que foi classificado pelo Participante 6 como uma ameaça ao SUS, mas que já é concreta, pois está em curso, não só no Brasil, mas em diversos países e vai “além da privatização por dentro, que são essas formas de gestão, OS, PPP, OCIP etc.” Segundo o entrevistado, o processo de financeirização da saúde revela “uma face nova do capitalismo moderno” e pode ser considerada a maior ameaça ao SUS, “que nem sempre é visível, porque ela está num plano estrutural, ela não é tão fenomênica como é a compra de serviços privados, ou a criação de mais hospitais particulares” (Participante 6).

A expressão desse processo se dá com o favorecimento permanente das operadoras, pelo Congresso, pela ANS, e as empresas vão se expandindo e concentrando, passando a ser negociadas nas bolsas de valores (Participantes 1 e 6). Por exemplo, as ações de grandes

empresas de planos e prestadores de saúde são vendidas na BOVESPA, e um conglomerado compra por 2 bilhões e vende por 5 bilhões meses depois (Participante 6). Essa é a materialização do que significa a financeirização da saúde. Dentre as dez maiores fortunas brasileiras, cerca de seis são da área da saúde, herdeiros do grupo da AMIL, da Hapvida e pessoas ligadas a grandes grupos hospitalares. “Então, o setor privado está numa efervescência enorme, enquanto todo o país entra numa crise de recessão e de perda de receita” (Participante 1).

Apesar dessa discussão e das evidências quanto aos efeitos da entrada do setor privado no SUS, o Participante 5 ainda acredita em uma saída e afirma não ter receio do envolvimento do sistema privado, mas também não defende essa participação. Para o entrevistado o que importa são os resultados, que devem significar o máximo de benefícios para a população, com menores gastos. “O que importa para mim é se você consegue produzir mais com o mesmo recurso, se você consegue produzir mais com menos. Produzir em termos de benefícios de saúde para a população”. Ao mesmo tempo, não há resultados muito conclusivos de que a gestão privada seja inferior à gestão pública. “Acho que você tem ganhos e perdas, mas como resultado final, eu não tenho nenhum dado mostrando que haja inferioridade e tem alguns dados que vão mostrar que o privado pode gerir melhor” (Participante 5).

Um exemplo é um hospital público aqui do lado da minha casa que é gerido pelo Sírio Libanês, é um hospital modelo, as pessoas que vão lá sempre elogiam (...) eu não vejo por que eu tiraria o Sírio Libanês de lá, se ele está fazendo um ótimo trabalho. Mas eu sei que eu sou, provavelmente, minoria entre as pessoas (Participante 5).

O entrevistado, por outro lado, afirma que mesmo com o envolvimento do setor privado na gestão de um hospital, por exemplo, o sistema deve ser totalmente gratuito, sem abrir mão do princípio da universalidade no SUS. “Assim, o SUS tem que ser um sistema universal, é uma fila única, ele tem que ser gratuito. Quem vai prestar esse serviço, para mim, importa menos, desde que esses princípios sejam respeitados e que o resultado seja bom” (Participante 5).

A Participante 8, por sua vez, apesar de concordar que a inserção privada no SUS pode contribuir para a resolução de alguns problemas de cobertura e acesso aos serviços, considera que essa participação só pode se dar em nível técnico. A gestão deve ser pública, de preferência por profissionais de carreira. Por exemplo, no caso da comissão de controle de infecções em um hospital, é imperativo que o coordenador seja um servidor.

Eu quero que tenha segurança. Ele é tão importante, como é importante o juiz. O juiz, a gente não diz que é público, servidor público? O cara do controle de infecção hospitalar é tão importante quanto ele. Ele tem que ter estabilidade, tem que ter liberdade para decidir. Tudo onde tem poder de decisão, fora do técnico, tem que ser público (Participante 8).

Para a entrevistada, uma das vantagens da participação privada nesses moldes seria o aumento da disponibilidade de serviços, medicamentos, vacinas e insumos. Esse arranjo só funcionaria, no entanto, se o setor privado fizesse exatamente como o SUS faz, usasse os mesmos protocolos e processos e seguisse as políticas nacionais. Além disso, todo o processo precisaria ser feito com calma, a partir de estudos detalhados das funções que se encaixariam, para que não aconteça como na Colômbia, onde o setor privado não está bem regulado (Participante 8). Ou seja, a própria entrevistada reconhece que a participação privada só seria profícua para o SUS em uma situação ideal de gestão plena pelo Estado e priorização do interesse público.

Essa é uma situação bastante difícil. Eu estou convencida, de que se for o governo que põe as regras, a iniciativa privada pode continuar a ter serviços de saúde, mas obedecendo as regras postas pelo governo da sociedade. Nós vivemos num sistema capitalista, nós temos que aprender a conviver com isso. (...). Eu acho que a gente pode ter o privado, olhando para ele, aberto, e vendo onde ele cabe, onde ele não cabe, sem preconceitos, com a ideia de que o interesse da sociedade é protegido e é diferente do interesse da organização privada, que é o lucro (...). Mas tem que ter uma norma. O poder público tem que ser capaz de, efetivamente, coordenar o sistema. Ele tem que ser o seu condutor do sistema. E aí, a gente sabe que vai ser sempre um desafio (Participante 8).

Igualmente, o Participante 2 considera que há pontos positivos na entrada do setor privado no sistema, pois, em sua visão, houve democratização do acesso com os planos de saúde. Os médicos privados foram obrigados a abrir a agenda para os usuários dos planos e o “sistema privado teve que se popularizar como uma alternativa” para se manter. Ainda, para o entrevistado, a regulamentação dos planos de saúde privados criou uma alternativa para a classe média, “uma válvula de escape ao SUS e que, de alguma maneira, viabiliza o SUS” (Participante 2). Essa concepção, entretanto, dialoga com a representação social de que o SUS destina-se aos segmentos pobres da sociedade e que o componente lucrativo está destinado para as classes de média e alta rendas, discurso que é comumente utilizado por atores vinculados ao mercado. Vale lembrar que a clientela do sistema privado recorre ao SUS no caso de procedimentos de alto custo (COHN; GLERIANO, 2021)

Entre os desafios do Sistema, os entrevistados ainda citaram outros obstáculos para a consolidação do SUS e efetivação do direito à saúde no Brasil, os quais estão relacionados,

direta, ou indiretamente, aos quatro problemas principais: subfinanciamento crônico, entrada progressiva do setor privado, barreiras burocráticas e administrativas e a financeirização da saúde. O primeiro é a necessidade de se fortalecer a articulação interfederativa no processo de descentralização e municipalização (Participantes 1 e 7). Além dos problemas já citados, não é possível que todos os municípios tenham autonomia sobre a prestação de serviços. “Tem escala, tem tecnologia, tem recursos humanos” (Participante 1). Na pandemia, por exemplo, os gestores, prefeitos e governadores enfrentaram uma série de desafios relacionados à falta de coordenação nacional, tanto no que se refere à aquisição de testes, insumos e equipamentos, quanto no avanço da vacinação (Participantes 7 e 10).

A União deveria ter centralizado as compras no mercado internacional, unificado os protocolos e as comunicações e realizado a reconversão industrial. “As indústrias estão paradas, porque não estão vendendo carro, fechando isso aquilo. Poderiam estar fazendo oxigênio, testes e outras coisas. Isso é muito difícil de ser feito por governos locais”. Esses problemas foram potencializados pela ausência histórica de uma legislação que tratasse efetivamente das competências concorrentes entre os entes federados. Mesmo com instancias de pactuação como as Comissões Bipartite e Tripartite, as principais definições foram realizadas em âmbito institucional, o que culminou em questionamentos e discussões envolvendo, inclusive, o Supremo Tribunal Federal (Participante 10).

O Participante 7 foi além ao afirmar que a falta de condução da gestão nacional, associada a medidas contrárias ao que foi recomendado e estabelecido por especialistas e organismos internacionais, configura uma série de crimes contra a saúde pública e violações de dispositivos constitucionais (Participante 7). Ainda, é preciso dar materialidade ao princípio constitucional da relevância pública da saúde, e isso depende da coordenação nacional. Na pandemia, esse princípio poderia ter sido evocado para normatizar requisição de leitos e o estabelecimento de uma fila única, pública-privada (Participante 10).

Há ainda o problema da necessidade de se profissionalizar a gestão do SUS, além de torná-la participativa com ampliação e respeito ao papel dos conselhos (Participante 6). Para tanto, é preciso que os cargos sejam ocupados por técnicos de carreira e que as carreiras públicas sejam valorizadas, com avaliação e premiação pelo trabalho em saúde, dotando os gerentes locais de maior autonomia (SOUZA; PAIM; TEIXEIRA, *et al.*, 2019). Deve-se ter cuidado, no entanto, para que essa questão não seja tomada pelo frequente discurso de o problema do SUS é de gestão, não de financiamento. Em outras palavras, “a ineficiência da gestão não exclui a insuficiência orçamentária. É preciso, pois, combater as duas de modo

igual pelo fato de que a eficiência administrativa não suprirá o seu subfinanciamento” (SANTOS; FUNCIA, 2021, p.32).

A profissionalização da gestão ainda dotará os gestores de maior capacidade para resistir às pressões e interesses presentes nos municípios e fará com que os cargos sejam ocupados por técnicos que se atentem ao planejamento em saúde e que não caia em armadilhas políticas e eleitoreiras.

No fundo, ele tem um planejamento na cabeça dele, diferente do Plano de Saúde. E o planejamento na cabeça é aquilo que ele tem vontade de fazer. É aquilo, por exemplo, que ele prometeu em campanha, para atender, às vezes, interesses de natureza política, de aliados, enfim. Então, temos que ter um plano, que corresponda às necessidades do município (Participante 3).

Por fim, um desafio muito importante e que se relaciona, tanto com o fluxo de recursos, quanto com a entrada do setor privado e que pautará a discussão acerca da judicialização da saúde, é a descaracterização do modelo de atenção em saúde de forma geral. Trata-se de um modelo que traduz uma visão de saúde centrada na consulta médica, no consumo de medicamentos e no acesso às mais recentes tecnologias. Essa forma de entender o processo saúde-doença atende aos intentos do setor privado, que vendem seus produtos, e oneram o sistema público. A concepção integral e ampliada de saúde que está na base do SUS, passa a ser entendida como “ter tudo” e fica reduzida ao seu aspecto curativo (JUNGES, 2009, *aspas nossas*). Os interesses econômicos e financeiros das operadoras de saúde, indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares se aproveitam e reforçam cada vez mais essa concepção (PAIM, 2018).

É preciso que o Estado retome seu caráter propositivo e fomente a participação cidadã, para que uma nova forma de se entender a saúde seja construída de forma coletiva e emancipatória, com um conceito ampliado de saúde, que considera e age sobre suas determinações sociais. As políticas de saúde devem, necessariamente, incorporar essas questões, rompendo-se com a lógica consumista de serviços de saúde colocando a promoção da saúde em prática (COHN; GLERIANO, 2021). Essa é uma questão estrutural que dialoga com a desigualdade profunda do país, um desafio estrutural que determina sobremaneira os caminhos tomados nesses 30 anos (Participante 10). É muito difícil universalizar um sistema de saúde em uma sociedade fraturada do ponto de vista social, pois o sistema de saúde será um reflexo dessa sociedade. Países mais igualitários e com mecanismos de solidariedade robustos conseguem avançar mais na universalização (Participante 5).

E essa cisão tem enormes implicações para o direito à saúde. Essa cisão é muito ruim para o SUS, se a classe média, a classe média alta, não está no sistema e acaba, talvez, reforçando as desigualdades em saúde no cuidado à saúde também. Então, assim, você tem enormes ganhos, mas você tem enormes desafios, que são parte das nossas contradições como país. (Participante 5).

Tendo em vista todo esse cenário, o Participante 6 considera que o maior desafio do SUS é político, pois exige que se enfrente essas questões estruturais a partir da sociedade, que se resgate a ideia de seguridade social e de um desenvolvimento econômico, social, com respeito ao ambiente. Além disso, o desafio é político, porque implica em se repensar a relação público-privada no sistema e em se renovar os fundos públicos para garantir recursos para a saúde (Participante 6)

As três décadas de existência do SUS, portanto, vêm sendo marcadas pelo aprofundamento das relações público-privadas, com forte internacionalização do mercado e disputa pelos fundos públicos (FLEURY, 2021). Ao mesmo tempo, a entrada da lógica “privada do cálculo econômico” no Sistema público e o fortalecimento da sua face financeira revelam que a disputa deve se dar além da questão doutrinária e ideológica, que hoje está se restringindo às redes sociais. “Os tempos exigem o resgate e a reinvenção de uma política propositiva, a ser praticada em múltiplos espaços da sociedade” (COHN; GLERIANO, 2021, p.11 e 12).

Diante de todas essas evidências de criação de condições legais e financeiras, de mecanismos, formatos e arranjos para a entrada do setor privado no SUS, de forma complementar e suplementar, associada ao desenvolvimento de um modelo de atenção que favorece o mercado e, principalmente, aos históricos subfinanciamento e não priorização da consolidação do SUS projetado no final dos anos 1980, leva à conclusão de que o SUS está sendo privatizado. Com a pecha de se alcançar uma cobertura universal, o SUS está sendo privatizado por dentro e por fora desde a sua criação. A resistência política e doutrinária do movimento sanitário conseguiu barrar esse movimento na Constituinte, mas o mercado vem conseguindo derrubar as barreiras criadas e se vender como a única solução para o sistema de saúde. Como resume Scheffer (2015):

O sistema universal, o sistema único para pobres e ricos, baseado na saúde como direito, na redistribuição da riqueza, financiado por toda a sociedade por meio de impostos e contribuições sociais, cede, assim, espaço ao sistema segmentado, incapaz de assegurar o acesso a todos os níveis de atenção, em todas as regiões, inclusive nos vazios sanitários e para populações vulneráveis e negligenciadas, onde e para quem o setor privado não tem interesse em ofertar serviços (SCHEFFER, 2015, p. 664).

6.3 A judicialização da saúde e o papel do sistema de justiça brasileiro

A Carta brasileira de 1988 significou o fortalecimento o Poder Judiciário, além de ter incrementado o acesso à justiça e aprimorado o controle concentrado de constitucionalidade. Da mesma forma, o Sistema de Saúde no Brasil, enfrenta há quase 30 anos, um alto volume de ações judiciais em busca da proteção do direito à saúde, fazendo com que a judicialização se torne tanto um desafio, quanto uma pauta no cotidiano político e administrativo de gestores e serviços de saúde. A análise da judicialização no Brasil também evidenciou que o fenômeno apresenta múltiplas faces que ultrapassam sua classificação como boa ou ruim. Mais do que isso, seu perfil é um espelho do modelo organizativo e de atenção do SUS e traz dentro de cada ação, ainda que individual, questões estruturais de subfinanciamento; de privatização; de desigualdade; de pressões e interesses do mercado; da não priorização da efetivação do direito à saúde; de falhas do sistema e da visão de saúde atrelada ao uso de medicamentos e tecnologias.

Por outro lado, o Poder Judiciário brasileiro se mantém refratário a muitas dessas discussões e comumente se concentra no conflito inter partes e no dilema entre ativismo e autorrestrrição judicial. No Supremo Tribunal Federal (STF), as ações judiciais capazes de produzirem algum efeito estrutural permanecem anos sem uma decisão e os verdadeiros problemas do SUS continuam à margem. O período pandêmico revelou que é possível fazer diferente. Claro que a urgência do cenário demandou uma mudança de perspectiva, mas pode-se afirmar que a atuação do STF, e do sistema de justiça como um todo, foi fundamental para impedir que as consequências para o país fossem mais devastadoras. Para a Participante 10, na verdade, o papel mais progressista do Tribunal durante a pandemia está relacionado às garantias constitucionais, mais do que à própria estrutura do sistema.

Nesse contexto, uma das garantias constitucionais que se inserem no marco do Novo Constitucionalismo Latino-Americano, é a ampliação dos mecanismos de acesso à justiça. Em seu Art. 5º, a CF de 1988 afirma que “todos são iguais perante a lei” e que “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito” (inciso XXXV). Paralelamente, a Constituição trouxe diversos remédios processuais, como o *habeas corpus*, o *habeas data*, mandado de injunção, a ação civil pública, o mandado de segurança, entre outros (BRASIL, 1988). Dentre esses formatos de ação judicial, a Ação civil pública desencadeou a proteção judicial em matéria de segurança ambiental, do consumidor, ocupacional e também em relação ao direito à saúde (COURTIS, 2006).

Ao mesmo tempo, a Constituição de 1988 proveu o judiciário brasileiro com um alto nível de independência, tanto nominal - tendo em vista as amplas garantias constitucionais - quanto substantiva, por meio da consagração de uma capacidade efetiva de *accountability* dos outros poderes. A independência dos juízes também foi fortalecida, com a garantia de mandato vitalício, aposentadoria aos 70 anos, salários altos e irredutíveis e proteção contra interferências políticas na gestão do orçamento, carreiras, processos seletivos, nomeações e promoções (SANTISO, 2004). Houve ainda o aprimoramento e aprofundamento do controle concentrado de constitucionalidade, por meio da ampliação da propositura da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI), para nove agentes estatais e sociais, além do Procurador Geral da República, como a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e entidades da sociedade civil, fazendo com que o Brasil tenha umas das listas mais amplas de atores legitimados a propor ação direta nessa matéria (ARANTES, 2013; AVRITZER; MARONA, 2014; AVRITZER, 2017).

O Supremo Tribunal Federal (STF) é o órgão responsável por julgar essas ações, assumindo, assim, a centralidade na função de guardar e uniformizar a interpretação da Constituição e atuando como corte constitucional (AVRITZER; MARONA, 2014). Ao mesmo tempo, o STF pode ser acionado por meio do recurso extraordinário, sendo que suas decisões, até 2004, valiam somente para as partes envolvidas. Entretanto, a Emenda Constitucional nº 25/2004, a qual trata da reforma do judiciário, em seu Art. 102, traz o efeito vinculante das decisões do Tribunal, com repercussão geral das questões constitucionais discutidas no caso, tanto em sede do recurso extraordinário, quanto nas ADI e declaratórias de constitucionalidade (BRASIL, 2004; ARANTES, 2013; AVRITZER; MARONA, 2014). O STF, portanto, adquiriu fortes prerrogativas em relação ao Executivo (pela revisão constitucional de suas ações) e ao Legislativo, ao se posicionar frente às legislações propostas pelo Congresso Nacional (AVRITZER; MARONA, 2014).

Além do controle constitucional das leis, a Carta Política instituiu um amplo sistema de revisão judicial (*judicial review*), combinando, portanto, elementos do controle difuso e concentrado, e caracterizando o sistema jurídico brasileiro como um sistema misto. O controle difuso é realizado pelos juízes e tribunais inferiores os quais também podem declarar a (in)constitucionalidade de determinadas leis, não pela sua anulação, mas pela sua não aplicação no caso concreto (ARANTES, 2013). Vale ressaltar que a ordem jurídica brasileira - com predomínio do sistema *civil law* e resistência ao aspecto vinculante de decisões prévias - favorece o alto volume de ações individuais e repetitivas. As cortes são reticentes quanto ao provimento de ações coletivas devido ao receio de interferência nas políticas e desvio do

princípio da separação de poderes. Dessa forma, cada juiz se vê livre para a interpretar a lei, mesmo em situações similares (BRINKS; GAURI, 2008; HOFFMANN; BENTES, 2008).

No capítulo da CF 1988 que trata do Poder Judiciário, abaixo do STF, está o Superior Tribunal de Justiça (STJ), o qual é a última instância de decisão das questões infraconstitucionais. Entre os órgãos do Judiciário, o Art.92 da Constituição ainda nomeou: o Conselho Nacional de Justiça - CNJ (incluído pela EC nº 45 de 2004)); o Tribunal Superior do Trabalho (incluído pela EC nº 92 de 2016); os Tribunais Regionais Federais e Juízes Federais; os Tribunais e Juízes do Trabalho; os Tribunais e Juízes Eleitorais; os Tribunais e Juízes Militares e os Tribunais e Juízes dos Estados e do Distrito Federal e Territórios (BRASIL, 1988). Na esfera estadual, os Tribunais de Justiça se dividem em câmaras de primeira instância e câmaras de apelação de segunda instância, compostas por desembargadores. Ressalta-se que os Tribunais de Justiça e os de Justiça Federal se organizam por meio de bancadas temáticas especializadas, especialmente, referentes ao direito à saúde (HOFFMANN; BENTES, 2008).

A Defensoria Pública foi criada pela CF 1988, como um órgão autônomo, funcional e administrativamente, cujas atribuições são “a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados”. Paralelamente, o Ministério Público foi mencionado expressamente no texto constitucional, também com autonomia funcional e administrativa, além de não estar subordinado a nenhum poder da república. Entre suas funções institucionais, está o zelo pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e serviços de relevância pública aos direitos assegurados na Constituição, promovendo as medidas necessárias para a sua garantia; promover o inquérito civil e a ação civil pública, para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos; promover a ação de inconstitucionalidade; defender judicialmente os direitos e interesses das populações indígenas; entre outras (BRASIL, 1988).

As ações individuais podem ser interpostas por meio da Defensoria Pública ou advogados particulares e têm efeitos somente *inter partes*. Ao Ministério Público, cabe a proposição da ação civil pública, que apresenta impacto *erga omnes* (tem efeito, ou vale para todos). A entidade, entretanto, vem assumindo casos individuais em locais onde a Defensoria está ausente ou enfraquecida, o que remete à questão do acesso à justiça (BRINKS; GAURI, 2008; HOFFMANN; BENTES, 2008). Todas essas instituições, criadas ou consolidadas na Constituição de 1988, tanto no âmbito do Poder Judiciário, quanto como órgãos autônomos, são componentes do Sistema de Justiça e, juntamente com os mecanismos de acesso à justiça

estabelecidos, estão relacionados à conformação da judicialização da saúde no Brasil. De forma conexas, no âmbito do direito à saúde, a incoerência entre o texto constitucional e a realidade institucional têm contribuído para o deslocamento de milhares de cidadãos para a via judicial, fazendo com que a judicialização assuma contornos específicos e de proporções sem precedentes (FLEURY, 2012; SANTISO, 2004).

As primeiras ações judiciais invocando o direito à saúde ocorreram nos anos 1990, referindo-se à disponibilização pelo SUS dos tratamentos mais avançados para o controle e tratamento da Aids. Os medicamentos fornecidos no país não estavam sendo efetivos para muitos pacientes e somente alguns poderiam comprá-los, seja com recursos próprios, seja com a ajuda de amigos. Em 1996, após uma história de anos de luta de diversas entidades, foi interposta uma ação com pedido de liminar, a qual foi deferida. Ainda naquele ano, foi aprovada a incorporação de medicamentos antirretrovirais e para infecções oportunistas da decorrentes da doença (BRASIL, 2005b).

Desde então, o volume de ações vem crescendo em um ritmo exponencial, mas seu monitoramento era realizado de forma difusa e, até poucos anos atrás, não havia nenhum tipo de monitoramento nacional sistematizado e permanente.¹²⁰ Segundo dados de um estudo realizado, em 2019, pelo CNJ, em parceria com o Instituto de Ensino e Pesquisa (INSPER), entre 2008 e 2017, o volume de ações em saúde aumentou 130%, enquanto o total de ações aumentou 50%. Paralelamente, a partir de uma amostra representativa de 16.587 processos, os pesquisadores observaram maior litigância na saúde suplementar, principalmente na primeira instância (CNJ, 2019). A realidade brasileira revela ainda o predomínio de ações individuais, perfil que vem se mantendo com o decorrer dos anos. Em 2008, somente 2% dos litígios analisados se referia a ações coletivas (HOFFMANN; BENTES, 2008) e, uma década depois, a mesma proporção (2,35%) foi observada pelo CNJ (CNJ, 2019).

Em 2021, um novo estudo realizado junto ao CNJ, revelou que, entre 2015 a 2018, o volume de ações judiciais cresceu 51%, apresentando maior aumento em 2019 e decréscimo em 2018 (Tabela 13). Em todos os anos, as ações se concentraram nos Tribunais de Justiça

¹²⁰Além de estudos regionais, estaduais ou municipais, geralmente focados em um item ou discussão de alguns princípios, houve uma iniciativa de acompanhamento, pelo Juiz Federal Clenio Schulze, dos poucos dados disponibilizados pelo CNJ (Para mais informações: Coluna Clenio Jair Schulze, *Empório do Direito*. Disponível em: <https://emporiiododireito.com.br/perfil/clenio-jair-schulze>). Em 2022, foi lançado o do Painel de Estatísticas Processuais de Direito da Saúde do CNJ, com disponibilização de dados nacionais a partir de 2020 (Para mais informações: CAMIMURA, L. Dados processuais de saúde podem ser monitorados em painel do CNJ. *Conselho Nacional de Justiça*. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/dados-processuais-de-saude-podem-ser-monitorados-em-painel-do-cnj/#:~:text=Em%202022%2C%20j%C3%A1%20foram%20registradas,entre%20as%20partes%2C%20em%202021>).

Estaduais (88%), mas a maior taxa de crescimento ocorreu no Tribunal Regional Federal (60,27%). Segundo o grupo de pesquisadores, o valor discrepante observado em 2019 para o STJ pode estar relacionado à qualidade dos dados enviados pelo Tribunal (CNJ, 2021).

Tabela 13 - Volume e crescimento anuais de novas ações judiciais em saúde, segundo o tribunal, Brasil, 2015-2020

Tribunal		2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Superior Tribunal de Justiça	n	6953	8116	9764	10250	147	7608	44167
	% do total	1,90	2,16	2,34	2,72	0,31	1,38	1,73
	crescimento (%)	—	16,73	20,31	4,98	-85,60	415,45	9,42
Tribunal de Justiça	n	322395	320447	367438	326397	427633	486423	2250733
	% do total	88,08	85,29	87,92	86,58	90,81	87,99	87,91
	crescimento (%)	—	-0,60	14,66	-11,17	31,02	13,75	50,88
Tribunal Regional Federal	n	36673	47139	40730	40357	41795	58774	265468
	% do total	10,02	12,55	9,75	10,70	8,88	10,63	10,37
	crescimento (%)	—	28,54	-13,60	-0,92	3,56	40,62	60,27
TOTAL	N	366021	375702	417932	377004	470904	552805	2560368
	crescimento (%)	—	2,64	11,24	-9,79	24,91	17,39	51,03

Fonte: Adaptada de CNJ, 2021 (p.27). Inclusão dos totais, do percentual de ações em relação aos totais e do percentual de crescimento anual (cálculos próprios).

Em âmbito acadêmico, a judicialização da saúde vem sendo estudada sob perspectivas diversas, as quais enfocam as características das ações, os efeitos para o sistema de saúde e os aspectos relacionados à conduta dos juízes em suas decisões (FERRAZ, 2011; VIEIRA, 2008). Os críticos do fenômeno ressaltam o predomínio dos pleitos individuais, a desigualdade no acesso à justiça, o não respeito à separação de poderes e a influência da indústria farmacêutica. Por outro lado, tem-se a percepção de que as decisões judiciais sinalizam necessidades individuais e coletivas não atendidas, tornando-se importantes instrumentos de avaliação da política pública (ANDRADE; MACHADO; FALEIROS *et al.*, 2008; CAMPOS NETO; GONÇALVES; ANDRADE, 2018; FLEURY, 2012; GOMES; CHERCHIGLIA; MACHADO *et al.*, 2014; LOPES; ACURCIO; DINIZ *et al.*, 2019; MACHADO; DAIN, 2012).

Nesse sentido, conforme conclui o estudo de 2019 do CNJ, “não há um único fenômeno de judicialização da saúde, mas sim uma variedade considerável de assuntos, motivos de litigar e consequências sobre as políticas de saúde” (CNJ, 2019, p.15). Neste estudo, as entrevistas confirmaram essa constatação e revelaram as múltiplas faces e componentes do contexto brasileiro de litigância na saúde, manifestadas nas discussões com os participantes, a partir de sua perspectiva de atuação e de envolvimento com o fenômeno.

De forma geral, os entrevistados entendem a judicialização da saúde como um grande desafio para o SUS e a maioria relaciona as consequências ao formato do sistema de justiça brasileiro e ao perfil das cortes. Ao mesmo tempo, foi reconhecida a importância da proteção jurídica do direito à saúde, principalmente em casos de falhas do Sistema. Para o Participante 6, ao ser incorporada na Constituição, nas leis e demais normativas do SUS, a saúde passou a ser exigível juridicamente e sua efetivação cobrada dos gestores, os quais “não gostam muito desta perspectiva, porque estão sempre com uma espada de Dâmocles sobre a sua cabeça”, mesmo quando a falta de acesso aos serviços ou a determinada medicação, não seja sua responsabilidade (Participante 6).

Por outro lado, segundo o Participante 2, “a judicialização só é um problema, porque ela é uma solução”, ou seja, a alta taxa de decisões favoráveis aos demandantes faz com que as pessoas sempre pensem na ação judicial como a solução. “Então, tem um imenso círculo vicioso aí: se quem entra, ganha, mais gente entra”. Para exemplificar essa situação, o entrevistado compara o contexto brasileiro com o caso de Portugal, onde, apesar do direito à saúde e à justiça serem também garantidos constitucionalmente, as pessoas não judicializam. Isso acontece porque o Sistema português é que define o que é prestado e o que não é prestado, e o que é viável, ou não. Portanto, não há judicialização no país, “não porque tudo é fornecido ou as pessoas não têm direito à justiça, mas porque não se vê como possível essa situação” (Participante 2).

O Participante 7, por sua vez, percebe que, historicamente, as demandas vem aumentando muito, mas continuam iguais e isso se deve à presença de interesses no fenômeno. “Há um aumento quantitativo. Não há qualitativo. (...) e o aspecto principal é esse: virou um grande nicho. Um grande nicho de mercado”. (Participante 7). Por sua vez, a Participante 8 avalia que o processo como um todo foi positivo, pois fez com que a gestão se organizasse para tentar evitar a judicialização. “Isso forçou bastante a melhora do sistema”. Grande parte do Sistema de Saúde, entretanto, é contra a judicialização, tendo em vista a ingerência no orçamento da saúde pelo judiciário, além de haver a percepção de injustiça relacionada à desigualdade do acesso à justiça.

Essa questão foi levantada pelos entrevistados e comumente é abordada nos estudos sobre o tema (CNJ, 2019; VIEIRA, 2020). No estudo do CNJ realizado em 2019, por exemplo, os estados com elevada cobertura de planos privados de saúde foram os que apresentaram o maior número de processos judiciais (CNJ, 2019). Vieira (2020), evidenciou o quanto as iniquidades socioeconômicas, de escolaridade, de condições de vida, raciais, regionais, entre outras determinam o acesso à saúde e à também à justiça.

As desigualdades regionais como determinantes do acesso à justiça também podem ser observadas nos dados apresentados no estudo do CNJ de 2021. Os Tribunais de Justiça Estaduais que mais apresentaram casos novos foram o de São Paulo, Minas Gerais, e Rio Grande do Sul e houve uma concentração de ações na região Sudeste, enquanto a região Norte apresentou o menor número de litígios novos (CNJ, 2021). Embora, os pesquisadores tenham atribuído as diferenças do volume de ações entre os Tribunais de Justiça Estaduais e as regiões do país a barreiras geográficas e diferenças demográficas, ao se padronizar o número de ações pela população de cada estado, observa-se que há uma maior taxa de ações a cada 10 mil habitantes nos estados e regiões com maior IDH (Tabela 14). Exceto para 2018, essa diferença se mostrou significativa do ponto de vista estatístico, sendo encontrada uma correlação positiva entre o IDH e maiores taxas de litigância (Tabela 15).

As pessoas mais vulneráveis socialmente, portanto, enfrentam uma dupla exclusão: da garantia do direito à saúde e do acesso à via jurídica, dado que os locais onde há maior problemas de acesso aos serviços, coincidem com os locais de menor proteção jurídica. A desigualdade do acesso à justiça é intensificada pelo não tratamento de problemas estruturais, ou seja, em um local onde Defensoria Pública não está presente, por exemplo, uma demanda estruturante beneficiaria essas pessoas que a justiça não alcança (Participante 7).

Ao mesmo tempo, a concepção individualizada do direito reforça as desigualdades, pois o demandante tem o enfoque na resolução do seu problema ou do seu filho e desconhece que o filho de uma pessoa mais vulnerável, que não sabe que pode acionar a justiça, não vai ter acesso a esse tratamento (Participante 2). O SUS passa a ser um sistema de duas portas, ou seja, tem um SUS para quem obtém acesso, via justiça, a todos os serviços e tecnologias prescritos pelo médico, independente da política pública, e tem o SUS para quem não judicializou, seja porque não consegue acessar a justiça, seja porque sua necessidade se refere a questões consideradas “não judicializáveis”, como a melhoria da estrutura da Unidade de Saúde, por exemplo (Participante 5, aspas do entrevistado). Em contrapartida, o entrevistado reconhece o quanto é importante para uma pessoa ter sua demanda atendida, mas do ponto de vista social, há um aprofundamento da desigualdade.

Então, o acesso individual à justiça distorce, inclusive, a pirâmide dos direitos sociais, porque o acesso à jurisdição é um bem mais escasso que o direito à saúde. Então, a partir do momento que eu começo a dispensar saúde para quem tem acesso à justiça, eu estou virando a pirâmide de cabeça para baixo, porque eu estou dando mais acesso às pessoas menos vulneráveis, e não às mais vulneráveis (Participante 2).

Tabela 14 - Taxa de novas ações em saúde por 10 mil habitantes e IDH subnacional, por estado e região do país, Brasil, 2015-2019.

Região	Tribunal	Nº de ações/10 mil hab. ¹					IDH subnacional ²				
		2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019
Norte	TJAC	3,47	4,67	125,39	12,85	18,70	0,711	0,712	0,715	0,715	0,719
	TJAM	5,74	1,23	2,92	1,40	1,38	0,733	0,734	0,737	0,737	0,741
	TJAP	9,60	14,20	10,77	7,72	10,97	0,744	0,745	0,748	0,748	0,752
	TJPA	1,40	1,25	1,87	1,72	5,81	0,715	0,716	0,718	0,719	0,722
	TJRO	0,00	19,27	13,71	25,18	20,44	0,730	0,731	0,734	0,734	0,738
	TJRR	2,27	0,74	0,94	1,13	0,48	0,758	0,759	0,762	0,763	0,766
	TJTO	11,91	15,06	12,22	19,19	24,88	0,745	0,746	0,749	0,750	0,753
	Média regional		4,91	8,06	23,97	9,88	11,81	0,734	0,735	0,738	0,738
Nordeste	TJAL	7,82	13,41	14,18	25,63	19,75	0,715	0,716	0,718	0,719	0,722
	TJBA	9,74	11,18	16,96	17,89	17,53	0,731	0,732	0,735	0,735	0,739
	TJCE	4,67	5,17	6,19	11,39	2,18	0,729	0,730	0,733	0,733	0,737
	TJMA	3,11	3,98	4,69	0,00	6,54	0,701	0,702	0,704	0,705	0,708
	TJPB	7,70	9,11	11,93	10,57	12,69	0,732	0,733	0,735	0,736	0,739
	TJPE	10,13	12,18	9,94	6,18	9,34	0,732	0,733	0,736	0,737	0,740
	TJPI	1,95	2,63	9,30	7,07	7,62	0,711	0,711	0,714	0,715	0,718
	TJRN	8,51	10,14	13,14	13,52	13,90	0,746	0,747	0,750	0,751	0,754
	TJSE	6,03	11,06	16,24	14,26	11,03	0,742	0,743	0,746	0,747	0,750
Média regional		6,63	8,76	11,4	11,83	11,18	0,727	0,727	0,73	0,731	0,734
Centro-oeste	TJDFT	13,27	19,52	31,14	27,76	29,83	0,818	0,819	0,823	0,823	0,827
	TJGO	1,59	1,70	3,35	7,65	7,00	0,764	0,765	0,768	0,768	0,772
	TJMS	12,01	23,25	22,69	40,55	30,75	0,759	0,760	0,763	0,764	0,768
	TJMT	11,87	16,12	11,46	13,41	152,40	0,753	0,754	0,757	0,758	0,762
	Média regional		9,69	15,15	17,16	22,34	55	0,774	0,775	0,778	0,778
Sudeste	TJES	22,85	28,67	23,51	30,12	35,01	0,759	0,760	0,763	0,764	0,767
	TJMG	14,34	40,49	20,08	17,48	22,11	0,757	0,758	0,761	0,762	0,765
	TJRJ	21,45	16,00	20,41	21,89	23,57	0,785	0,786	0,790	0,790	0,794
	TJSP	26,18	11,33	22,68	13,39	18,86	0,782	0,783	0,786	0,787	0,791
	Média regional		21,21	24,12	21,67	20,72	24,89	0,771	0,772	0,775	0,776
Sul	TJPR	8,72	8,12	7,76	2,17	9,65	0,766	0,767	0,770	0,771	0,774
	TJRS	37,87	37,74	44,35	48,02	45,21	0,771	0,772	0,776	0,776	0,780
	TJSC	29,31	24,23	21,12	22,56	31,41	0,771	0,772	0,775	0,776	0,780
	Média regional		25,3	23,36	24,41	24,25	28,76	0,769	0,77	0,774	0,774

¹Cálculos realizados a partir dos dados apresentados no relatório do CNJ, 2021 (p.29) e da população de cada estado (IBGE, 2022).

²Global Data Lab, 2021.

A questão da desigualdade também levanta a discussão sobre as doenças negligenciadas que, como o próprio nome diz, tratam-se de doenças à margem dos

investimentos e da busca pela prevenção e tratamento por parte da indústria e do sistema de saúde. Esse cenário se reflete na judicialização, pois o olhar está voltado para as doenças de alto custo, que levarão as pessoas a judicializar. Há políticas nacionais, mas não são efetivas, pois não há priorização pelos gestores, seja por interesses ou pelos desafios enfrentados na gestão municipal, que foram discutidos anteriormente. Além disso, grande parte das pessoas está em locais de alta vulnerabilidade, com barreiras geográficas e com baixo acesso aos serviços de saúde. “As pessoas que têm essas doenças, estão nos rincões mais distantes, estão esquecidas por todos” (Participante 3). Para o entrevistado, o Ministério Público tem a atribuição e o compromisso de identificar essas pessoas e atuar pela proteção dos seus direitos fundamentais.

Tabela 15 - Caracterização estatística e correlação entre o número de ações novas por 10 mil habitantes, por estado, e o IDH subnacional, Brasil, 2015-2019.

Variáveis	\bar{x}	D.P.	Mín.	Máx.	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Normalidade ³	
Ações em saúde/10 mil hab.	2015	11,60	9,22	1,40	37,87	5,21	9,60	13,81	0,005
	2016	13,42	10,52	0,74	40,49	4,92	11,33	17,70	0,021
	2017	18,48	23,43	0,94	125,39	8,53	13,14	20,77	0,000
	2018	15,75	11,75	1,13	48,02	7,36	13,41	22,23	0,044
	2019	21,82	28,36	0,48	152,40	8,48	17,53	24,23	0,000
IDH subnacional	2015	0,747	0,027	0,701	0,818	0,731	0,745	0,762	0,573
	2016	0,748	0,027	0,702	0,819	0,731	0,746	0,763	0,587
	2017	0,751	0,027	0,704	0,823	0,735	0,749	0,766	0,589
	2018	0,751	0,027	0,705	0,823	0,735	0,750	0,766	0,590
	2019	0,755	0,027	0,708	0,827	0,739	0,753	0,770	0,595
Correlação ⁵									
Ano	RHO	p	Ano	RHO	p	Ano	RHO	p	
2015	0,634	<0,001	2017	0,403	0,037	2019	0,492	0,009	
2016	0,487	0,010	2018	0,378	0,052				

¹Cálculos realizados no pacote estatístico R-4.2.1. Dados completos nos Apêndices 20 e 21.

Além das doenças negligenciadas e das desigualdades regionais, há populações vulnerabilizadas que não acessam a justiça e que tampouco são prioridades para o Sistema.

Se nós percebermos o SUS como se fosse um trem, talvez a área de saúde mental seja o penúltimo vagão desse trem na ordem de prioridades, na ordem de importância, que é dada a esse elemento do sistema de saúde, que é um dos mais importantes. Mas, contraditoriamente, a essa importância, é um dos menos valorizados. Eu acho que o último vagão desse trem, ou seja, que tem menos valia é a saúde do preso. Se você tiver a hipótese do preso com problema de saúde mental, aí esse, provavelmente, nem vagão tem no trem. Esse terá perdido o trem, porque é uma coisa, assim, que não tem o menor significado do ponto de vista de organização, de atenção do sistema, de financiamento do sistema (Participante 3).

Paralelamente à dimensão da desigualdade na análise da judicialização da saúde, o modelo de atenção e a concepção de saúde determinam como o direito à saúde é percebido e como essas questões impactam na judicialização. Conforme ressalta a Participante 8, efetivar o direito à saúde é “investir para que as pessoas tenham qualidade de vida e, portanto, não fiquem doentes e, ficando doentes, que tenham condições de se recuperar e voltar para a sociedade. É tudo isso a saúde”. O sistema de justiça, entretanto, não tem essa dimensão e é difícil exigí-la se, na verdade, tratam-se de valores da sociedade. “Se você pedir para qualquer pessoa, sair na rua agora e perguntar o que é [o direito à saúde], vão dizer que é acesso a medicamento e a tratamento”. E a nossa judicialização é da doença, porque a gente ainda não entende a importância da saúde. Em outras palavras, temos uma judicialização do medicamento e, não, da saúde (Participante 8).

O Participante 7 alerta para o fato do direito à saúde ser progressivo, ou seja, de não ser possível concretizá-lo de forma plena em um curto espaço de tempo. Entretanto, as ações judiciais refletem “um superdimensionamento, uma super expectativa”, que desconsidera esse princípio dos direitos humanos (Participante 7). Tal contexto está relacionado a um dos componentes da judicialização que se refere à pretensão de se expandir os limites do sistema, por meio da busca por medicamentos importados, excepcionais e de alto custo, tendo como base a ideia de que saúde “é tudo e todos têm direito a tudo de saúde” (Participante 2). É essa característica do modelo brasileiro de judicialização que traz a resistência à proteção da saúde via judiciário.

Assim, meu problema não é a judicialização em si. É com a judicialização como ela ocorre no Brasil. É uma judicialização sem critério. Porque você tem milhares de ações, centenas de milhares de ações, mas o grosso do gasto com a judicialização, está em um número pequenininho de medicamentos de alto custo. Então você tem um gasto enorme, indo para um número pequeno de medicamentos para beneficiar um número pequeno de pessoas (Participante 5).

Além disso, o fornecimento desses tratamentos onerosos é determinado sem que seja realizada uma verificação de efetividade a partir dos requisitos da Avaliação de Tecnologias em Saúde ou que se considere a análise pela CONITEC (Participantes 3 e 7). Igualmente, o Participante 1 avalia essa face da judicialização como um mecanismo de incorporação tecnológica enviesado, a partir da solicitação de itens não aprovados na ANVISA e de outros aprovados pela ANVISA, mas para outra indicação terapêutica. A discussão sobre o uso *off label* de medicamentos está diretamente relacionada à questão da autonomia médica. “Não está no bulário do produtor e, nem por isso, os médicos deixam de prescrever nessa excessiva autonomia”. Há uma infinidade de protocolos diferentes e, nem o Ministério, nem as

entidades médicas assumem a centralização. “Todo mundo faz um protocolo, mas ninguém é obrigado a seguir” (Participante 1).

Ao mesmo tempo, o corporativismo médico foi considerado, pelos Participantes 2 e 7, um aspecto prejudicial ao sistema e que se reproduz na judicialização. Por um lado, os conselhos e associações médicas, criam barreiras e impedem a criação de novos cursos de medicina e, diante da insuficiência de profissionais, acabam atuando de acordo com suas próprias convicções e interesses (Participante 2). Por outro, o corporativismo se materializa na primazia dada à autonomia médica e ao ato médico que, juridicamente, não se sustenta. Essa questão traz uma série de problemas que acabam interferindo na concretização do direito à saúde (Participante 7).

Essa é, basicamente a ideia e o que eu percebo nos processos judiciais é o que eu vejo no discurso médico brasileiro. Então, é uma interpretação totalmente equivocada, porque eles também têm limites. E isso acaba atrapalhando também um gestor de organizar, no âmbito municipal, suas relações de medicamentos, porque o médico jamais vai cumprir as relações de medicamentos (Participante 7).

Em síntese, o “superdimensionamento” do direito à saúde, associado ao trabalho do médico centrado na prescrição e em sua autonomia profissional (em um cenário de reserva de mercado), são questões que se conectam à concepção dominante de integralidade (tudo para todos) e do que seria necessário para ser saudável (medicamentos, tecnologias, procedimentos médicos), desafios que são transportados também para os tribunais. Claro, não se pode esquecer do *lobby* da indústria farmacêutica e sua relação com a categoria médica, com associações de pacientes e parlamentares, por exemplo, que cria pressões sobre os sistemas de saúde e de justiça, mas que também é uma questão estruturalmente associada à medicalização da sociedade e, principalmente, ao modelo capitalista.

(...) Você pega decisões da *Big Pharma* dizendo “nós agora só vamos financiar grupos de direitos humanos”. Que interessante! A *Big Pharma* vai financiar grupos de direitos humanos. Por quê? Porque a ela interessa diretamente a reivindicação da saúde como direito. Porque se for assim, “quem vai comprar o nosso remédio, nós vamos ganhar muito dinheiro, se for o Estado quem for comprar. Nós vamos ganhar muito mais se forem os Estados, do que se forem os indivíduos (Participante 8).

O Participante 1 classifica essa atuação da indústria farmacêutica como “um certo comportamento mafioso, de quadrilha” e lembra o caso do processo de judicialização do Soliris® (eculizumabe), que foi o item de maior judicialização contra o Ministério da Saúde durante cerca de quatro a cinco anos. O laboratório deixou de solicitar o registro na ANVISA durante esse período, pois era mais lucrativo deixar sem autorização, do que definir um preço

mínimo, uma vez que ele estava sendo fortemente beneficiado pelo processo de judicialização no país inteiro. “Nesse formato, sem registro na ANVISA, o Soliris passou a ser o item individual de maior gasto na judicialização do Ministério da Saúde” (Participante 1).

O Estado acaba não conseguindo enfrentar o poder dos grandes laboratórios e estabelecer como priorização o direito à saúde, em detrimento dessa atuação “Embora eu ache que a liberdade econômica, a livre iniciativa, proteja essas atividades, eu acho que existem abusos que acabam dificultando a incorporação de tratamentos (Participante 7). Paralelamente, há o apoio da indústria para a construção dos processos judiciais de forma a influenciar as decisões em favor do fornecimento de medicamentos de alto custo, situação que não está restrita ao Brasil, acontecendo também na Costa Rica e na Colômbia (Participante 13). Essa influência e incentivo da indústria farmacêutica acaba levando a decisões arbitrárias, particularmente em regiões onde não há uma interação entre a justiça e a saúde, aumentando ainda mais as iniquidades de acesso à saúde (Participante 10).

Nessa discussão, o Participante 2 faz a ressalva de que se trata de uma questão muito complexa e, no caso da quebra de patentes, por exemplo, corre-se o risco de gerar uma falta de interesse dos laboratórios em atuarem no país (Participante 2). Esse é um ponto comumente levantado no debate sobre a propriedade intelectual, mas pode-se argumentar em relação à priorização da vida e da dignidade das pessoas em relação aos interesses corporativos e econômicos. Além disso, a quebra da patente é uma medida acompanhada de fortes justificativas e do investimento no Complexo-Médico Industrial nacional.

O Participante 3 ressalta outra implicação do modelo de atenção na judicialização da saúde, que é a procura por medicamentos e tratamentos para doenças crônicas que poderiam ter sido prevenidas e manejadas na Atenção Primária. Por exemplo, a demanda por medicamentos de alto-custo para a diabetes ou por uma cirurgia cardíaca complexa para um hipertenso, em muitos casos, poderia ser evitada por uma atuação resolutiva e pautada na promoção da saúde, pela APS (Participante 3).

Essas situações estão relacionadas a outro componente da judicialização no Brasil, que se refere à busca por serviços e tecnologias não cumpridos pelo Estado, ou seja, que estão incluídos no SUS, mas o Estado, por incompetência ou incapacidade econômica ou operacional, não conseguiu organizar os serviços e estruturar a sua atuação nos limites legalmente previstos (Participante 1 e 2). “Então, é um medicamento que está na lista, mas falta. O tem, mas está faltando”. A busca da justiça nesses casos é uma forma das pessoas protegerem seu direito. No entanto, essa questão remete à discussão sobre a contradição do SUS ser um “sistema abrangente, inclusivo e sem dinheiro” (Participante 1).

Para o Participante 7, a ineficiência da gestão também se mostra em sua atuação passiva e mesmo conformista diante da judicialização, ao restringir sua resposta a uma demanda à negativa administrativa, não oferecendo as soluções disponíveis no Sistema.

O cidadão vai no SUS e aquele tratamento não é fornecido no SUS, mas ao invés do gestor oferecer uma outra opção, uma outra possibilidade, ele simplesmente diz que aquilo não está disponível. Então, não há uma tentativa do gestor, de outro lado, e essa também é uma deficiência, de tentar resolver o problema. Ele deixa para a judicialização (Participante 7).

O Participante 3 tem uma percepção similar, pois acredita que a gestão prefere deixar que os problemas sejam resolvidos em âmbito judicial do que fazer escolhas, tomar decisões, por receio de ser responsabilizada administrativa e criminalmente (Participante 3). Um exemplo de que os gestores tendem a incorporar a judicialização no cotidiano do sistema e a não buscar uma solução definitiva que não envolva a restrição judicial, é a criação de institucionalidades específicas para lidarem e responderem às ações judiciais, como os Núcleos de Judicialização ou Assessorias especiais no âmbito das Secretarias de Saúde.

Ao mesmo tempo, como resposta direta ao aumento das ações, o Ministério da Saúde implementou, a partir de 2014, medidas para otimizar os custos da aquisição dos medicamentos demandados judicialmente, como a formalização de contratos anuais para viabilizar a compra em escala de medicamentos de alto custo e a contratação de fornecedor único para os de baixo custo (DAVID; ANDRELINO; BEGHIN, 2016).

Em contrapartida há casos em que se busca uma solução prévia ao litígio, como o caso do desfecho de uma ação civil pública do Rio de Janeiro em 2002, na qual era pleiteado o fornecimento de medicamentos pelos governos estadual e municipal, solidariamente. A partir de uma audiência entre os interessados, foi estabelecido um acordo para a criação da Central de Atendimento para os Necessitados de Medicamentos, uma instância comum entre estado e município, visando-se aumentar a eficiência da dispensação e evitar a ação judicial. Entretanto, a Central enfrentou problemas de estoque e forneceu principalmente os medicamentos básicos a cargo do município, o que levou ao aumento da concessão de liminares (VIANNA; BURGOS, 2005).

A mudanças institucionais como resposta à judicialização também são buscadas no Sistema de Justiça, mas, como no caso da saúde, essas mudanças são mais adaptativas do que estruturantes. Ou seja, tratam-se de mudanças que naturalizam o cenário de litigância e não agem nas causas dos problemas. Por outro lado, essas mudanças no sistema de justiça buscam respaldar tecnicamente os operadores do direito, particularmente os juízes, como a criação dos

Núcleos de Assessoria Técnica (NAT-JUS) em vários estados, compostos por equipes multidisciplinares e com o objetivo de fornecer consultoria aos magistrados por meio da elaboração de pareceres sobre questões clínicas e das políticas de saúde relacionadas à ação judicial (GOMES; SOUZA; SILVA, 2014). Ainda, o CNJ criou o Fórum Nacional do Judiciário para o monitoramento e resolução das ações em saúde, além da proposição de medidas de prevenção de conflitos (AITH, 2010; BALESTRA NETO, 2015).

O Participante 7 relatou estar otimista quanto ao papel desses Núcleos, embora, em alguns lugares, os juízes ainda não se sintam seguros em consulta-los para emitirem as sentenças. O entrevistado cita a experiência do NAT-JUS do Sul do país o qual emitiu, em aproximadamente dois anos, duas mil notas técnicas para Santa Catarina. “Então, o Sul do Brasil, nesse aspecto, eu diria que está disparado, tem muito mais juízes já adaptados a esse tipo de auxílio”. Destaca-se ainda o estado da Bahia que também utiliza o NAT-JUS com frequência.

Alguns estados, seja porque há juízes que influenciam, seja porque o tribunal e a corregedoria influenciam os magistrados a utilizarem, acabam utilizando e, outros, por questões culturais, enfim, porque não tem ninguém apoiando acabam não utilizando. (...) o uso desses Núcleos de Apoio Técnico, ele é facultativo, ele não é obrigatório. Mas, a partir do momento que os magistrados vão utilizando, eles percebem que qualifica o trabalho e o trabalho fica mais fácil para o magistrado (Participante 7).

Vale ressaltar que no estudo do CNJ de 2019, foi encontrada uma baixa menção, nas decisões analisadas, do uso dos Núcleos, bem como de recomendações do CNJ e da CONITEC. Os dados evidenciaram, no entanto, que os juízes utilizam mais essas ferramentas e referências quando estão inclinados a negar pedidos (CNJ, 2019). Outras medidas institucionais implementadas no âmbito da justiça foram as instâncias de Mediação Sanitária e de resolução de conflitos fora do âmbito judicial, como em Brasília e Minas Gerais, e a Câmara de Conciliação da Saúde na Bahia (CNJ, 2019; DELDUQUE; CASTRO, 2015).

Essas e outras mudanças no âmbito judiciário e do SUS são consequências diretas da Audiência Pública realizada pelo STF em 2009, que contou com a participação de atores envolvidos com a judicialização da saúde e cujo objetivo foi discutir aspectos técnicos e políticos do fenômeno, criando balizas para as decisões e gerando consequências políticas importantes. A CONITEC, por exemplo, foi criada após a audiência, substituindo a CITEC (GOMES; SOUZA; SILVA, 2014). Além disso, a audiência buscou encontrar soluções para os desafios de judicialização, com vistas a uma maior racionalidade decisória, uma vez que todos são afetados pelas decisões judiciais. (MACHADO, 2014; SANTOS; MARQUES, 2014).

Foram ouvidos na audiência cerca de 50 atores, originados dos diversos setores envolvidos direta ou indiretamente com a judicialização da saúde: advogados, defensores públicos, promotores e procuradores de justiça, magistrados, professores/acadêmicos, médicos, técnicos de saúde, gestores públicos e usuários do SUS, permitindo um debate aberto e participativo (AITH, 2010; GOMES *et al.*, 2014b; MACHADO, 2014). Diversos estudos apresentam análises do conteúdo discutido na audiência e dos argumentos apresentados pelos participantes, variando na categorização dos temas e na técnica de análise utilizada. Houve, entretanto convergência em relação à ideia central das discussões e aos tipos de argumentos mais frequentes (GOMES *et al.*, 2014b; MACHADO, 2014; SANTOS; MARQUES, 2014).

Apesar da diversidade de atores presentes na audiência, os debates se concentraram na dispensação de medicamentos, na alocação de recurso/financiamento e na interligação/solidariedade entre os três poderes. A linha de argumentação se baseou na ideia dicotômica de apoio ou combate à judicialização, ou seja, assim como na discussão geral sobre o tema no Brasil, os argumentos foram negativos ou positivos sobre o fenômeno (MACHADO, 2014). Essa dicotomia ficou mais evidente entre gestores e usuários, os quais se posicionaram respectivamente, contra ou a favor da judicialização (GOMES *et al.*, 2014b). Santos e Marques (2014, p.4) ainda destacam, entre outros grupos de argumentos, os “conflitos existentes entre o direito individual e o direito coletivo” e “abordagens referentes à decretação de repercussão geral, relevância da Audiência Pública e proposta de súmula vinculante”.

Entre os argumentos negativos apresentados, destacam-se as questões de limites orçamentários; a necessidade de se balizar o direito à saúde e a integralidade da atenção à existência de políticas públicas; o caráter individual das demandas; a não consideração de critérios técnicos e de evidências científicas nas decisões; a concessão de medicamentos sem vantagens terapêuticas em relação aos disponibilizados pelo SUS; o risco para o usuário da concessão de medicamentos não registrados pela ANVISA; entre outros (GOMES *et al.*, 2014b; MACHADO; 2014; SANTOS; MARQUES, 2014).

Por outro lado, os argumentos positivos focaram no aspecto constitucional do direito à saúde; no Princípio da Dignidade da Pessoa Humana; nas falhas na prestação dos serviços; na solidariedade entre os entes federados; no efeito pedagógico gerado pelas decisões e na importância da atividade judicial principalmente quando há omissão do Estado. Outras questões abordadas foram a influência da indústria farmacêutica e de interesses corporativos na judicialização da saúde; a necessidade de se repensar a proteção patentária; a omissão do

Poder Legislativo, particularmente em relação à regulamentação da Emenda Constitucional 29 (GOMES *et al.*, 2014b; MACHADO; 2014; SANTOS; MARQUES, 2014).

No âmbito dos conflitos entre o direito individual e coletivo, segundo Santos e Marques (2014), ficou clara na fala de alguns participantes, a postura refratária do Judiciário em relação às ações coletivas e a maior receptividade às demandas individuais. Para esses atores, portanto, o Poder judiciário deveria ir além do caso individual e fomentar a elaboração de políticas de alcance coletivo por meio de diálogo institucional. Paralelamente, foi levantada a questão do bloqueio de recursos públicos como forma de obrigar o cumprimento de tutela antecipada ou liminar pelo Executivo, postura que foi considerada danosa ao princípio da proporcionalidade e ao interesse público (SANTOS; MARQUES, 2014).

Além dessas questões, muitos participantes ofereceram propostas e estratégias para se contornar as causas e efeitos da judicialização, sendo as principais o aprimoramento da atuação dos órgãos reguladores, como a ANVISA e a CITEC; a necessidade de o judiciário considerar em suas decisões os Protocolos Clínicos e as Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde e evidências científicas; a criação dos Núcleos de Assessoria Técnica; a manutenção de diálogo permanente entre Executivo e Judiciário; a compra centralizada de medicamentos; redução da renúncia fiscal e a prioridade da solução administrativa em relação à ação judicial (GOMES *et al.*, 2014b; SANTOS; MARQUES, 2014). Após a audiência, o CNJ editou a Recomendação nº 31/2011, indicando o seguimento das diretrizes estabelecidas e a adoção pelos tribunais de medidas para assegurar maior eficiência no tratamento e solução das demandas (AITH, 2010; BALESTRA NETO, 2015).

Ao mesmo tempo, a partir das questões discutidas, o Tribunal julgou, em 2010, o Agravo Regimental na Suspensão de Liminar n. 47 (SL 47-AgR/PE), interposto pelo estado de Pernambuco, o qual visou contestar o indeferimento do pedido de suspensão da liminar que obrigava o Município de Petrolina a tomar providências administrativas para melhorar o atendimento aos usuários do SUS pelo Hospital Dom Malan. Em suas razões recursais, o estado apresentou argumentação baseada principalmente na questão administrativa e orçamentária, como lesão à ordem administrativa, deslocamento de recursos e prejuízo a outros serviços prestados (MAGGIO; DALLARI, 2016-2017).

Ressalta-se que o relator da ação, ministro Gilmar Mendes, na esteira dos debates da audiência pública, considerou ser necessário analisar o caso de forma abrangente, ressaltando que:

- a) na generalidade dos casos, não há interferência do Poder Judiciário na criação e implementação de políticas públicas em matéria de saúde, mas sim apenas a determinação judicial acerca do efetivo cumprimento de políticas públicas existentes;
- b) no trato da dispensação de medicamentos, a não ser em casos excepcionais, apresenta-se vedado à Administração Pública fornecer fármaco carente de registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); há a necessidade de privilegiar o tratamento fornecido pelo SUS, sempre que, motivadamente, não restar comprovada a ineficácia ou a impropriedade da política de saúde vigente; e, por fim,
- c) deve-se promover a revisão periódica dos protocolos de tratamento existentes (MAGGIO; DALLARI, 2016-2017, p.66 e 67).

Outros ministros do Tribunal apresentaram argumentos amplos tais como o não acolhimento do argumento de reserva do possível, dada a supremacia do direito à vida em relação às questões financeiras do Estado; a visão de que a Corte não pode se eximir diante da não efetivação do direito à saúde pelos órgãos competentes e que ao agir nesse sentido, está cumprindo sua missão e honrando a Constituição. Segundo os autores, os resultados dessa Ação vêm influenciando os julgados na matéria e, apesar de certas análises considerarem que o julgamento ultrapassou o conteúdo do caso, houve fortalecimento “constitucional-sanitário do direito à saúde”, mais eficiência e justiça nas decisões e mudanças na atuação do Executivo e do Legislativo (MAGGIO; DALLARI, 2016-2017, p.74).

Embora a Audiência Pública de 2009 tenha sido um marco em termos jurisprudenciais e da busca democrática por soluções para a questão da judicialização, com vistas a se efetivar o direito à saúde, os entrevistados percebem a atuação do judiciário e do próprio STF muito afastada do que representou a Audiência. Ressalta-se que todos os temas e argumentos debatidos naquele momento são as pautas da judicialização até os dias atuais, que se refletem, inclusive, nas falas dos participantes. De forma geral, foi destacada a necessidade de uma mudança no sentido de se repensar o modelo individualista da judicialização e incorporar questões coletivas e estruturais e que esse processo tem que se dar de forma dialogada.

Segundo o Participante 5, é necessário que o juiz considere a política pública, pois é muito diferente uma ação referente à falta de acesso a um medicamento que está incorporado e se enquadra no protocolo clínico, de uma demanda por um tratamento experimental realizado nos Estados Unidos. “Eu acho que são coisas muito diferentes, que os juízes tratam da mesma maneira” (Participante 5). O reforço a esse modelo está relacionado ao desconhecimento pelo judiciário de que questões estruturais e problemas coletivos que levam as pessoas a acionarem individualmente a justiça, ou seja, estão sendo judicializados leitos, tratamentos e exames sem considerar que há um contexto levando a essa demanda.

Em saúde, em saúde pública, muitas vezes, o caso individual sinaliza um ecossistema sanitário muito mais amplo. E a gente continua, muitas vezes, tratando o caso individual, apenas como caso individual. Muitas vezes, uma questão de saúde, ela não atende apenas a necessidade do indivíduo, atende à necessidade de todo um grupo, que não é satisfeita (Participante 3).

Para o Participante 7, o perfil individualista das ações não tem somente aspectos negativos, pois para além da concepção equivocada dos juízes sobre o sistema que faz com que eles considerem que ações de alto-custo, especialmente, sejam uma questão meramente individual ou que questões estruturais sejam responsabilidade dos gestores, há o aspecto positivo de se ter um olhar para as pessoas e suas necessidades, garantindo-se seu acesso à justiça (Participante 3). Esse conflito entre deixar de atender o individual, apesar da necessidade concreta da pessoa que busca uma solução para seu problema e pensar na coletividade, é um dilema ético permanente enfrentado pelos operadores do direito que atuam na judicialização, conforme pode-se observar no relato do Participante 3:

Eu, particularmente, tinha a dificuldade ética muito grande de lidar com esse problema. E uma alternativa para lidar melhor com ela, era cuidar apenas do individual, porque eu não sei quem são as outras pessoas, não sei exatamente onde moram, não sei o grau da sua necessidade. Então, essa ignorância, às vezes, conforta, porque eu já não sei quem são os outros, mas esse eu sei, então vou procurar atender esse (Participante 3).

O entrevistado descreve que, após um tempo, percebeu que esse raciocínio não o satisfazia eticamente, dentro do que é preconizado para sua atuação conforme a base do sistema de saúde. Nesse sentido, passou a atuar diferente nos casos individuais que sinalizavam uma necessidade coletiva. Paralelamente ao tratamento jurídico para o caso individual, abre-se outro procedimento para avaliar determinado elemento de assistência, como a fila de espera ou a possibilidade de se suprir o item ou o serviço em questão (Participante 3). Nessa linha de atuação, o Participante 2 percebe o Ministério Público como o órgão com maior capacidade de tratar as questões de forma estrutural. Em sua prática de docência, costuma recomendar que no caso de recebimento de um caso individual pelos promotores, que ele seja encaminhado para a Defensoria e então seja instaurada uma investigação sobre o problema coletivo. “Isso nem sempre acontece, primeiro porque muitos membros do Ministério Público ainda atuam em questão individual, como o Supremo e o STJ reconhecem essa possibilidade, então, muitos optam por atuar para aquela pessoa que reclamou” (Participante 2).

De forma inversa, o Participante 7 avalia que há uma omissão do Ministério Público - Federal e o Estadual - no tratamento das questões coletivas e que em sua prática de trabalho se

depara com situações que configuram até abuso de poder. Um exemplo foi o caso de um promotor que afastava diretores de hospitais e indicava os substitutos. O entrevistado sugere que, especificamente, o Ministério Público Federal poderia atuar nos casos de abuso do poder econômico dos laboratórios, mas “nunca vi uma atuação em relação a isso”. Outro exemplo de medida importante seria o acompanhamento e o apoio aos gestores para fazerem uma licitação (Participante 7). Essa é uma questão comum em relação ao Ministério Público, de que ele seja uma instituição destinada a resolver problemas, mas a percepção do próprio órgão é de que ele não tem esse papel, ele “não se vê como uma instituição que resolve problema” e evita ao máximo que os conflitos sejam judicializados, pois há custos, demora, incerteza do resultado (Participante 3).

A atuação dos tribunais também foi debatida nas entrevistas e houve um consenso no sentido de que o STF, particularmente, poderia agir de forma diferente. Houve críticas à indefinição da Corte quanto aos temas da saúde, o que acaba sendo aproveitado por grupos de interesses para imprimirem a sua interpretação. “Então, enfim, a gente tem um arsenal de advogados, de operadores do direito, que são experientes em utilizar essas interpretações alternativas para beneficiar um grupo de interesses”. A judicialização, particularmente da saúde suplementar, tornou-se, portanto, um grande nicho mercado para milhares de advogados. Paralelamente, há o corporativismo dos próprios advogados, que faz com que a OAB e o Supremo não enfrentem essas questões para não “violar” a liberdade dos advogados continuarem judicializando (Participante 7, *aspas nossas*), revelando que o formato de judicialização no país funciona como uma espécie de reserva de mercado para os advogados.

O Participante 6 afirma que, em sua visão pessoal, enquanto cidadão, percebe o judiciário brasileiro como predominantemente conservador e reacionário, mais do que propriamente progressista. Há exceções dentro do sistema de justiça, especificamente de uma parte do Ministério Público, que assumiu o direito coletivo e efetivamente luta por isso ou a associação de magistrados denominada Juízes para a Democracia. Por outro lado, enquanto pesquisador e militante do SUS, o entrevistado não avalia o STF como um Órgão efetivamente defensor da democracia e da cidadania, pois sua atuação se restringe a “esboços retóricos” e não há uma atuação real em prol desses princípios.

Um exemplo nesse sentido foi uma Ação Direta de Inconstitucionalidade¹²¹, interposta em 1998, pelo Partido dos Trabalhadores e pelo Partido Democrático Trabalhista, pela qual foi solicitado que o Supremo Tribunal Federal declarasse a inconstitucionalidade das OS. O

¹²¹Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 1923 de 27 de novembro de 1998; Relator Ayres Britto; Data do julgamento: 16/04/2015.

tema só foi apreciado após 17 anos e o Ministro Luiz Fux acabou decidindo pela constitucionalidade da Lei nº 9.637 de 1998, que instituiu as OS. Em sua decisão o magistrado alegou que não havia problema de constitucionalidade, porque “cabe a cada um dos governos seguir os programas dos seus partidos e aquilo que apresentou nas campanhas”. Outro exemplo é que, desde 2016, questiona-se ao STF a constitucionalidade da Emenda Constitucional 95/2016.¹²² “E nós já vamos fazer 5 anos! ”. Para o entrevistado, o Judiciário não se considera parte do Estado, quando diz que “saúde é um direito de todos e um dever do Estado” (Participante 6).

Outro exemplo da atuação mais conservadora do STF é o fato de não decidir definitivamente sobre o caso de repercussão geral número seis,¹²³ protocolado desde 2007.

O STF vacila muito para dizer o quê que é possível. Nós estamos aí com uma tese de repercussão geral pendurada no Supremo, para tentar decidir quais são os casos que têm, ou não têm [dever do Estado de fornecer medicamento de alto custo a portador de doença grave que não possui condições financeiras para comprá-lo]. É o tema seis de repercussão geral! É um tema que o Supremo já reconheceu a repercussão geral há um tempão. É um caso que se arrasta no judiciário há um tempão, só que o Supremo, apesar de ter julgado o caso, teve tantas correntes nesse julgamento, que eles não conseguiram estabelecer a tese ainda. Eles estão na dúvida sobre qual é a tese que eles vão utilizar nesse caso (Participante 2).

Há ainda a falta de decisão quanto à questão de propriedade intelectual que está sendo tratada no Supremo há muito tempo. “Não sei o quê que vai sair dali. Então, assim, você tem um judiciário que no micro, ele é super corajoso, mas no macro, onde ele poderia fazer alguma diferença, é bastante cauteloso” (Participante 5). Essa é uma questão que é histórica na atuação do STF, que apesar de tenta fixar normas gerais de interpretação, de alguns tópicos específicos do direito à saúde, não define de uma forma muito fechada essas questões. “Então, sempre acaba havendo margem para uma interpretação diferenciada, ou uma abertura” (Participante 7). Para o entrevistado, na verdade, esse formato de atuação é uma opção do sistema judicial brasileiro que, inclusive, fomenta a judicialização, ao não ser resolutiva e agir do ponto de vista macro. “Se tem uma cultura do microprocesso, da microlitigância, em detrimento do macroporocesso e da macrolitigância” (Participante 7).

A percepção de que o formato de judicialização predominante no país está mais relacionada à opção e ao perfil dos próprios operadores do direito, e não à legislação ou à ordem jurídica brasileira, foi também um consenso. O Participante 2 acredita que a mudança

¹²²Diversas ADI foram interpostas desde 2016 conta a EC 95/2016, mas ainda não há decisão sobre o mérito: ADI 5633; ADI 5643 (negado seguimento); ADI 5655; ADI 5658; ADI 5715.

¹²³Trata-se de repercussão geral reconhecida a partir do Recurso Especial (RE) 566471 originado no Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte, cuja questão submetida a julgamento foi o “dever do Estado de fornecer medicamento de alto custo a portador de doença grave que não possui condições financeiras para comprá-lo”.

do paradigma de atuação depende menos de legislação e mais de uma mudança profunda da postura do próprio poder judiciário e que tal mudança teria que partir do Supremo.

Então, essa reticência do próprio Supremo em tomar uma posição, repercute em todo o judiciário. E aí, enquanto o Supremo não assumir uma postura nesse debate, até para que o executivo saiba o quê que ele pode esperar do judiciário, eu acho muito difícil. (...) é algo que é muito interessante do judiciário, porque ele é muito corajoso no individual, mas ele é pouco corajoso no estrutural (Participante 2).

Mesmo o fato da ordem jurídica brasileira ser *civil law* ou o controle de constitucionalidade ser misto, que teoricamente traria mais resistência à jurisprudência e maior liberdade para os juízes que estão fora das cortes superiores, não foram avaliados como fatores que determinam essa atuação do Poder Judiciário. O Participante 3 ressalta que o arcabouço normativo da justiça possui uma série de autorizações que permite a adoção de demandas estruturantes, inclusive com acompanhamento judicial, ou seja, não há vedação. “O que há é esse bloqueio decorrente de uma cultura jurídica e de uma manutenção de um *status quo*”. Da mesma forma, a Participante 8 percebe que o principal fator realmente é o entendimento dos juízes sobre saúde. Há no sistema jurídico brasileiro processos coletivos, há interesses difusos, então, há possibilidade de se trabalhar efetivamente com o direito à saúde inteiro, com a saúde integral, fora da visão medicalizada. “Há possibilidade. Eu acho que não se trabalha, pois não há essa compreensão” (Participante 8).

O Participante 2, por outro lado, entende que ter uma tradição de *civil law*, pautada na independência dos juízes e que não se fixa nos precedentes é uma questão que contribui. Entretanto, não adiantaria haver um maior “apego aos precedentes, se o próprio Supremo não consegue fixar seu próprio precedente” (Participante 2). Uma das exceções a essa resistência do STF em definir o precedente foi a repercussão geral RE 597064/2018 que declarou a constitucionalidade do ressarcimento ao SUS das despesas com atendimento a beneficiários de planos privados de saúde. Para o Participante 5, essa decisão foi importante para minimizar o risco de comportamentos abusivos por parte das operadoras, não obstante a série de problemas no processo de cobrança. Entretanto, ainda é necessário que se decida sobre a duplicidade da judicialização, pois mesmo entre pessoas com planos de saúde, é comum que o SUS seja acionado, e não a operadora (Participante 5)

(...) pacientes com planos que processam o SUS. Eu acho que essa é uma questão que a jurisprudência ainda precisa resolver. Então, assim, se você tem um plano, em tese você pode processar o plano, ou o SUS. Você pode processar o SUS pela Constituição, você pode processar o plano pelo seu contrato. E, muitas vezes, pacientes com plano acabam processando o SUS. Então, acho que isso é algo que a jurisprudência precisa resolver melhor (Participante 5).

Os participantes percebem que a solução para todas essas questões deve ser tratada de forma coletiva, participativa e em nível estrutural.

Na minha visão, os dois [judiciário e gestão] poderiam se reunir e construir coletivamente esse caminho mais adequado para a resolutividade. Então, são posições individualizadas que acabam impedindo um diálogo mais aprofundado e uma resolutividade maior (Participante 7)

Eu acho que a solução está em tratar a saúde como um problema estrutural. E não como um problema individual. (...) Todo o sistema de justiça, toda a lógica do sistema de justiça, sempre partiu da premissa de que a decisão judicial tem que ser universalizável. Eu não posso tomar uma decisão que só vale para o dia de hoje. Eu tenho que tomar uma decisão que vale para todo mundo, ou que, potencialmente, poderia valer para todo mundo (Participante 2)

A participação popular e comunitária é fundamental nesse processo, pois é o que configura se um litígio é estrutural ou não. Na doutrina, Lima (2015) classifica o litígio estrutural como um tipo de litígio coletivo que afeta, de formas distintas, diversos grupo de pessoas, com interesses diferentes em relação ao objeto do processo. Esse litígio envolve mudanças no funcionamento de instituições estatais complexas, como os sistemas de saúde, e pressupõe que todos os interesses sejam representados de forma legítima e pluralizada, desde a obtenção de informações para a compreensão adequada do problema, das alternativas, oportunidades e soluções, até a consulta a cada legitimado coletivo sobre suas preocupações e aspirações. O autor ainda ressalta que enquanto a participação processual dos grupos envolvidos não for concretizada, não será possível realizar modificações estruturais, pois, além de aspectos importantes só serem evidenciados no momento da implementação da sentença, a legitimidade e aceitação social da decisão interferem em sua efetividade (LIMA, 2015).

Para o Participante 6, há diversos movimentos sociais que atravessam e se inserem no Estado, mas há também lutas que são reflexos desses movimentos, como as lutas contra desigualdades de gênero; contra as barragens; para proteção de populações vulnerabilizadas; entre outras. E no âmbito do Judiciário, enquanto poder do Estado, não é diferente, ou seja, há lutas que podem alterar a correlação de forças muito mais para avanços do que para retrocessos.

A interação dos três princípios do Novo Constitucionalismo é muito positiva para as instituições e para as pessoas que passam a acreditar no direito e de que é possível lutar. “A crença da população no direito é fundamental e foi muito aumentada com a constituição de 88 e as garantias que foram dadas (Participante 8). Além disso, a consolidação da participação da comunidade, também na justiça, traz uma noção de pertencimento às pessoas. A saúde não

deve ser planejada somente nos gabinetes, as pessoas precisam ser ouvidas. Há diversas iniciativas no âmbito do Ministério Público que incorporam essa premissa como o Pró-Conselho e SUSCOM+ etc. desenvolvidas no Paraná (Participante 3). Esse processo é fundamental para que a população como um todo se aproprie do SUS, tendo em vista que várias parcelas não têm a dimensão real do que é a efetivação do direito à saúde, pois não têm acesso ao Sistema.

Então, o que nós temos hoje é um sistema muito heterogêneo, com implantação muito desigual no Brasil, ainda com vazios assistenciais importantes, onde essa discussão do direito acaba ficando tensionada o tempo todo pela realidade concreta do acesso das pessoas ao sistema de saúde (Participante 1).

A pandemia, de alguma forma, possibilitou que a população tivesse mais conhecimento do que é o SUS e de como ele abrange as dimensões da vida, para além da assistência médica, envolvendo questões relacionadas à prevenção, ao ambiente, que “devem ser incorporadas, eu imagino, como parte de um processo de tanto sofrimento” (Participante 10). A entrevistada acredita que o sistema de justiça também vai apresentar uma mudança de perspectiva, buscando tratar da saúde mais do ponto de vista coletivo (Participante 10), percepção que é compartilhada pelo Participante 3, o qual avalia que o modelo de judicialização brasileiro, individualizado, focado na Atenção Terciária e impulsionado pela incorporação de tecnologia e o alto-custo, está em transformação.

Uma questão fundamental para essa mudança é a criação de mais espaços em âmbito dos estados, como câmaras técnicas, que possibilitem o diálogo permanente entre a justiça e a saúde. Ao mesmo tempo, deve-se buscar fortalecer o Direito Sanitário desde uma concepção coletivista na formação de médicos e juízes, para transpor a concepção individualista de direito com a qual a justiça trabalha (Participante 10).

Desde os anos 1990, a judicialização da política no Brasil tem importância reconhecida para amparar direitos e racionalizar a administração pública, sendo parte do jogo democrático e lócus favorável ao exercício da cidadania (WERNECK VIANNA; CARVALHO; MELO *et al.*, 1999). No entanto, a mudança social e as reformas estruturais só serão exitosas se a judicialização ultrapassar as ordens judiciais pontuais e envolver todas as pessoas impactadas pelas decisões, e não somente o autor, o juiz e o réu (LIMA, 2015). Como ressalta Fleury (2012), é necessário apoiar a judicialização no sentido de garantir mudanças concretas no sistema de saúde, enfrentando a lógica de acumulação financeira e as investidas dos interesses privados. Vale destacar que no Brasil, a predominância das ações individuais

que caracteriza a atuação do judiciário, termina por legitimar movimentos para restringir sua abrangência.

No âmbito das políticas de saúde, deve-se focar na reorientação do modelo de atenção à saúde, superando-se o modelo biomédico e mercantilista e fortalecendo-se as práticas de promoção e atuação na determinação social da saúde (SOUZA; PAIM; TEIXEIRA, et al., 2019). É preciso que seja declarada a inconstitucionalidade da EC n. 95/2016 o quanto antes, para se evitar um “irrecuperável retrocesso no direito à saúde” (MOUTINHO; DALLARI, 2019, p.86).

Conforme discutido ao longo deste capítulo, a judicialização da saúde no Brasil se trata de um fenômeno complexo e multifacetado, cuja avaliação depende da perspectiva de análise da suas características e desafios, os quais são inter-relacionados e interdependentes. Em outros termos quando se discute a judicialização, é difícil separar a percepção quanto ao seu viés individualista; ao reforço das desigualdades; ao aumento dos gastos devido às demandas de alto custo e fora do sistema; aos inúmeros interesses envolvidos; à incapacidade e conformismo dos gestores, entre outros aspectos, pois todos eles estão intimamente relacionados e muitas vezes se confundem, como pode-se observar nas falas dos entrevistados. É possível, entretanto, inferir que a raiz de todas essas questões é a mesma e diz sobre um modelo de organização do sistema e de atenção que, por sua vez, está relacionado às questões estruturais da sociedade e do próprio sistema.

Nesse sentido, a análise realizada no presente estudo propõe uma mudança de perspectiva na discussão acerca do fenômeno. A atuação independente e autônoma do sistema de justiça ao longo desses anos só seria possível em um Estado Democrático de Direito, protegido por uma Constituição cidadã, fundada nos valores dos direitos humanos e na busca pela igualdade, pela dignidade de seu povo e pela justiça social. Além disso, como lembra a Participante 10, estar reconhecido constitucionalmente faz com que o direito à saúde seja exigível e “não podemos ser contra ter o direito e ele ser exigível. O que nós precisamos é reverter para que o direito coletivo prevaleça sobre o direito individual”.

Isso não significa desconhecer a judicialização como um dos maiores desafios do SUS ou dizer que o Poder Judiciário *lato sensu* vai resolver todos os problemas do Sistema. As mudanças estruturais somente serão possíveis por meio do diálogo interfederativo e da atuação conjunta dos poderes estatais e dos movimentos sociais. Em relação ao cenário pós-pandemia, todos os entrevistados se mostraram esperançosos quanto a diversas questões que vão desde a maior visibilidade e legitimidade do SUS, ou uma maior receptividade do sistema

de justiça a decisões coletivas; maior percepção dos três poderes sobre as questões estruturais e maior disposição para um trabalho conjunto. Parece utopia, mas

agora na pandemia, nós estamos vendo isso. Várias ações que foram parar no Supremo têm sido decididas em torno da dimensão coletiva. O que mostra a importância do direito à saúde estar lá colocado. Se não estivesse escrito na Constituição que a saúde é um direito universal, coletivo, nós, hoje na pandemia - juntando a pandemia com o pandemônio¹²⁴ - teríamos muito menos recursos que estão sendo ganhos com base naquilo que nós escrevemos lá dizendo o que tinha que ser. As pessoas tinham muito medo da judicialização, mas eu sempre achei que faz parte e que os direitos devem ser exigíveis, têm que ser exigíveis (Participante 10).

¹²⁴A Participante 10 caracteriza, ao longo da entrevista, como “pandemônio”, o período pós impeachment da presidenta Dilma e, particularmente, o governo do ex-presidente Bolsonaro (aspas nossas).

7 À GUIA DE CONCLUSÃO: COMPARANDO RESULTADOS, RECONHECENDO CONVERGÊNCIAS E REPENSANDO DESAFIOS

O objetivo deste estudo foi analisar a efetivação do direito à saúde no Brasil e na Colômbia, tendo em vista aspectos históricos, tanto do contexto político, social e econômico dos dois países, quanto do reconhecimento e das garantias implementadas por seus sistemas de saúde. Além disso, a judicialização da saúde representou o terceiro eixo da análise que se construiu por meio de dois estudos de casos, cuja comparação envolve o diálogo entre resultados e convergências e a discussão de possíveis desdobramentos e caminhos comuns para que o direito à saúde seja plenamente protegido.

Para tanto, parte-se de algumas premissas teóricas e históricas que visam guiar o debate e aproximar os dois casos em termos de um cenário externo de forças e interesses e um interno de desigualdades e lutas permanentes por direitos. A primeira se refere à evolução da proteção dos direitos humanos no mundo, particularmente após o final da segunda guerra, pautada pela construção de instrumentos com parâmetros mínimos para o cumprimento pelos países. Nesse caminho, destacam-se a definição da saúde como um direito fundamental e a afirmação quanto à sua interdependência em relação aos demais direitos humanos, como a vida, a dignidade, o desenvolvimento e a paz. A segunda premissa considera que os modelos de proteção social e as políticas econômicas revelam o quanto cada país promove a valorização e a efetivação desses direitos em sua agenda política. Ao mesmo tempo, tais modelos estão diretamente relacionados a como é reconhecido e garantido o direito à saúde e como os sistemas de saúde se organizam.

Ainda, o direito à saúde se insere na discussão sobre os sistemas jurídicos e modelos constitucionais e como eles determinam a proteção jurídica desse direito. Dessa premissa se desdobra o debate sobre o Novo Constitucionalismo Latino-Americano, uma convergência entre o Brasil e a Colômbia, cujas constituições foram construídas no mesmo momento histórico, a partir de movimentos populares pela ruptura de um contexto de ditadura, de violência e desigualdades. As características do Novo Constitucionalismo se referem ao incremento às formas de participação popular, ao reconhecimento de uma ampla carta de direitos, entre eles o da saúde, e o fortalecimento do Poder Judiciário e ampliação dos mecanismos de acesso à justiça. A análise da judicialização da saúde à luz dessa corrente teórica revela que diante do não cumprimento dos preceitos constitucionais de proteção do direito à saúde, os sistemas de justiça de ambos os países, fortalecidos e independentes, tomaram para si essa missão.

Não obstante as especificidades de cada ordem jurídica e as características e perfis das Cortes Supremas, pode-se afirmar que a judicialização da saúde é tanto um desafio, quanto uma forma de se efetivar o direito à saúde, tornando-se parte do cotidiano dos dois sistemas de saúde e de justiça. Como desafio, o alto nível de litigância traz aumento dos gastos em saúde de forma não programada, particularmente com serviços e tecnologias de alto custo não incluídos no sistema; críticas quanto ao seu potencial democrático e desrespeito ao princípio da separação de poderes; o reforço às desigualdades; o desvio das prioridades orçamentárias e das políticas de saúde; entre outras questões. Tanto no Brasil, quanto na Colômbia, foi encontrada uma correlação positiva entre maiores taxas de judicialização e o IDH, sendo que, no caso colombiano, a disponibilidade de dados históricos consistentes permitiu análises mais aprofundadas do ponto de vista quantitativo. Em síntese, as variáveis relacionadas a um maior desenvolvimento se mostraram associadas positivamente à litigância, ao contrário das variáveis referentes à desigualdade e condições de vida. Um resultado importante foi a correlação negativa entre o volume de ações e o risco de gastos catastróficos por atenção cirúrgica, evidenciando uma possível proteção contra esses gastos, pela judicialização.

Ao mesmo tempo, a partir da análise da literatura e das entrevistas, verificou-se que os dois sistemas de justiça são receptivos quanto à proteção jurídica do direito à saúde pelos tribunais, mas a Corte Constitucional colombiana apresenta um perfil mais garantista e progressista, levando a mudanças quanto ao entendimento e ao conteúdo do direito e também induzindo reformas no sistema de saúde. Destaca-se a emissão da Sentença T-760 de 2008, a qual foi um marco para a jurisprudência; para as políticas do sistema de saúde e mesmo para a evolução dos gastos em saúde. Por outro lado, no caso brasileiro, o STF possui um perfil mais conservador quanto à abrangência das suas decisões, delongando a definição de temas de repercussão geral e evitando o tratamento de questões coletivas e importantes para o Sistema de Saúde. Mesmo a Audiência Pública de 2009, que abordou as principais discussões realizadas no âmbito da judicialização da saúde no país até os dias atuais, trouxe resultados mais modestos em relação à sentença colombiana.

Mais do que as convergências e especificidades em relação à judicialização da saúde no Brasil e Colômbia, a próxima premissa que pautará o debate é que o fenômeno expressa e reflete as questões estruturais da sociedade, a organização do SGSSS, do SUS e o modelo de atenção. Dessa forma, a judicialização se torna parte de um movimento de reconfiguração do conteúdo do direito à saúde e de como ele tem sido efetivado, em um cenário de aprofundamento da inserção do mercado nos dois sistemas e do enquadramento da cobertura universal de saúde, como modelo preconizado pelas agências internacionais.

A cobertura universal, abordada pela primeira vez na Assembleia da OMS em 2005 e, depois formalizada no relatório mundial de saúde em 2010 (OMS, 2010), trata-se uma espécie de “meta-destino” para os serviços de saúde, especialmente, de países de renda baixa e média (aspas nossas). As principais características dessa proposta são o financiamento por meio de um *pooling* de fundos para custear a cobertura de saúde para a população, por meio de tipos de seguros de saúde diferenciados pela capacidade pagamento, fornecidos por um crescente setor privado, na forma de uma cesta básica de serviços (GIOVANELLA; MENDOZA-RUIZ; PILAR *et al.*, 2018; SENGUPTA, 2013).

A base conceitual da cobertura universal está na sustentabilidade financeira e não na prestação de cuidados de saúde ou na natureza dos sistemas de saúde. E, para que se proteja financeiramente o Sistema, a prestação dos serviços pode ocorrer por um mix público-privado que o transforma em “um mero agregado de instalações e prestadores de serviços dispersos”. Ao mesmo tempo, o conceito de cobertura universal não discrimina entre serviços públicos e privados, restringindo sua preocupação aos parâmetros de custo-efetividade e eficiência, sob a regulação do Estado (SENGUPTA, 2013, p.5). Essa é uma prática que aprofunda as iniquidades, pois a precificação dos serviços é injusta e o foco da assistência é o lucro, não a vida (RUBIO; HERNÁNDEZ; MOYANO, 2002).

Ao mesmo tempo, o argumento trazido pelo mercado é de que haveria um equilíbrio entre o grau de assistência que as pessoas estariam dispostas a comprar, a quantidade de serviços que os prestadores podem oferecer e o custo dos serviços. Ao contrário, a segmentação do mercado, com administração separada do seguro e da prestação, leva a uma espiral na transferência de custos e à desigualdade quanto à possibilidade de acessar os serviços (ALDANA, 2013). A consequência direta desse desequilíbrio do mercado e dos preços da assistência são, portanto, o recebimento de benefícios diferenciados pela capacidade de pagamento (MORENO, 2010). O modelo de atenção torna-se então individualizado, uma vez que essa capacidade de pagamento determina o que está incluído em um contrato individual, não havendo abordagem coletiva da saúde (GIOVANELLA; MENDOZA-RUIZ; PILAR *et al.*, 2018).

A proposta contida no Relatório da OMS soa convincente ao abordar a redução das desigualdades e do risco de endividamento das pessoas, além da garantia de se alcançar a cobertura para toda a população. Entretanto, ao se desconsiderar o contexto de sua elaboração, corre-se o risco de se cair no “canto da sereia” e tomar a cobertura universal como o padrão de organização similar aos históricos sistemas universais de saúde (aspas nossas). Os princípios e diretrizes citados no documento e, comumente evocado pelos seus defensores

(WANG, 2020), são releituras ou reproduções dos princípios constantes no eixo doutrinário e normativo do SUS e mesmo do SGSSS, ou seja, são utilizados para justificar que a cobertura universal se aplica a qualquer modelo de sistema de saúde.

Primeiramente, ao se reconhecer as desigualdades na cobertura e acesso aos serviços de saúde, pretende-se atrelar a proposta à imagem de uma real possibilidade de inclusão das pessoas vulneráveis no sistema (cobertura) e prover o acesso equânime. Com a associação dessa imagem à sustentabilidade financeira dos sistemas e com a afirmação de que “os países podem tomar diferentes caminhos para a cobertura universal, dependendo de onde e como eles começam, e farão diferentes escolhas ao longo dos eixos delineados” (OMS, 2010, p. XIX), tem-se os principais pontos que podem tornar a cobertura universal uma armadilha.

Conforme ressaltam diversos autores e especialistas do campo da saúde coletiva de diversas nacionalidades, trata-se de uma camuflagem ou do uso de retórica para se defender os reais interesses por trás da cobertura universal (ABADÍA-BARRERO; ARDILA-SIERRA; 2018; GIOVANELLA; MENDOZA-RUIZ; PILAR *et al.*, 2018; HARTMANN, 2016; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ; ESLAVA-CASTAÑEDA; HENAO-KAFFURE *et al.*, 2020; NORONHA, 2013; SENGUPTA, 2013). Sengupta (2013), por exemplo, destaca que a defesa da cobertura universal se dá sob o argumento de se combater os gastos catastróficos com saúde e de se impedir o colapso dos sistemas de saúde do sul global, ironicamente, pelas mesmas instituições financeiras que induziram políticas de austeridade nesses países nos anos 1980 e 1990. Além disso, muitos dos proponentes estão interessados na expansão de mercado a ser explorado pelos circuitos financeiros que o modelo propicia.

Ainda, há a clara defesa da divisão entre as funções de financiamento e de provisão dos serviços, o que permite a entrada de seguradoras, prestadores e gestores privados, uma vez que o Estado se torna incapaz de responder aos desafios dos sistemas de saúde.

Em síntese, o modelo da cobertura universal foi construído e se baseia em políticas neoliberais, afastando os formuladores de políticas das opções universais de saúde baseadas em sistemas públicos. Construir e melhorar o sistema público de saúde não faz parte da narrativa dessa corrente, com o Estado geralmente confinado ao papel de regulador do sistema (SENGUPTA, 2013, p.2).

Em outros termos, abriu-se a possibilidade para o reforço ao modelo do SGSSS no caso da Colômbia, e à (des)configuração por dentro (segmentação público-privada) do SUS no Brasil, uma vez que, segundo o relatório da OMS, qualquer sistema pode chegar à cobertura universal de saúde; os Estados apresentam problemas de sustentabilidade financeira, mas podem ampliar as fontes de recursos e ainda obter ajuda externa; as pessoas devem ser

protegidas do endividamento; há pessoas que podem pagar pelos cuidados e outras que não podem; determinadas escolhas precisam ser feitas e prioridades precisam ser estabelecidas; para enfrentar os interesses privados, “basta” o Estado ser eficiente e regular adequadamente o sistema, entre outros argumentos presentes no documento (aspas nossas).

A discussão dos dois sistemas de saúde à luz desses argumentos, reforça a hipótese inicial do estudo de que o sistema brasileiro está se aproximando do colombiano (Figura 31). O SUS, no entanto, não está se transformando em um modelo pautado no pluralismo estruturado, mas parece estar caminhando em direção à cobertura universal que a Colômbia aparentemente já teria alcançado, conforme a visão da OMS (Participante 9). Ou seja, usando as palavras originais da proposta da cobertura universal, os dois sistemas estão “tomando diferentes caminhos para a cobertura universal”, a partir “de onde e como eles começaram” e das “diferentes escolhas feitas ao longo dos eixos delineados”.

O Participante 6 resume em poucas palavras esse processo:

Brincando um pouquinho, com a possibilidade de ter um efeito Orloff: o Brasil pode ser a Colômbia amanhã. Orloff é aquela vodca que dizia “eu sou você amanhã”. Esse “vou ser você amanhã”, pode ser no sentido negativo, porque o sistema de saúde colombiano, extremamente privatizado, foi pensado junto do Banco Mundial, junto com pessoas que vieram da Fundação Rockefeller. Foi um grande experimento que foi feito na América-Latina, mas também criou tantas contradições em termos de direito a saúde, que ampliou a judicialização (Participante 6).

No estudo da Colômbia, os contextos histórico, político e social foram descritos e analisados tendo em vista aspectos importantes para a discussão da efetivação do direito à saúde no país. A Constituição de 1991 foi promulgada em meio à escalada de violência, como uma resposta à política liberal-conservadora que predominava no país e, apesar de representar os anseios democráticos da população e reconhecer a Colômbia como um Estado Social de Direito, assumiu um caráter bifronte. Direitos foram reconhecidos, mas permaneceram elementos e conceitos inseridos na lógica de mercado, sendo que os serviços públicos foram reduzidos à sua finalidade social. O direito à saúde não foi reconhecido como fundamental e os mesmos grupos e interesses que levaram ao caráter bifronte da Carta Política, influenciaram como o direito à saúde foi previsto e como o *Sistema General de Seguridad Social en Salud* (SGSSS) foi organizado.

A proposta do Banco Mundial e do FMI foi incorporada e desenvolveram-se novas formas de parcerias público-privadas e novos atores e organizações privadas assumiram a prestação dos serviços de saúde em colaboração com o setor público. A Lei 100 de 1993 representou a consolidação da implementação do novo sistema de saúde, batizado de

pluralismo estruturado, e que se trata de um sistema híbrido que tem o Estado como ente regulador que atua no vórtice das garantias de financiamento, e o setor privado como principal prestador dos serviços.

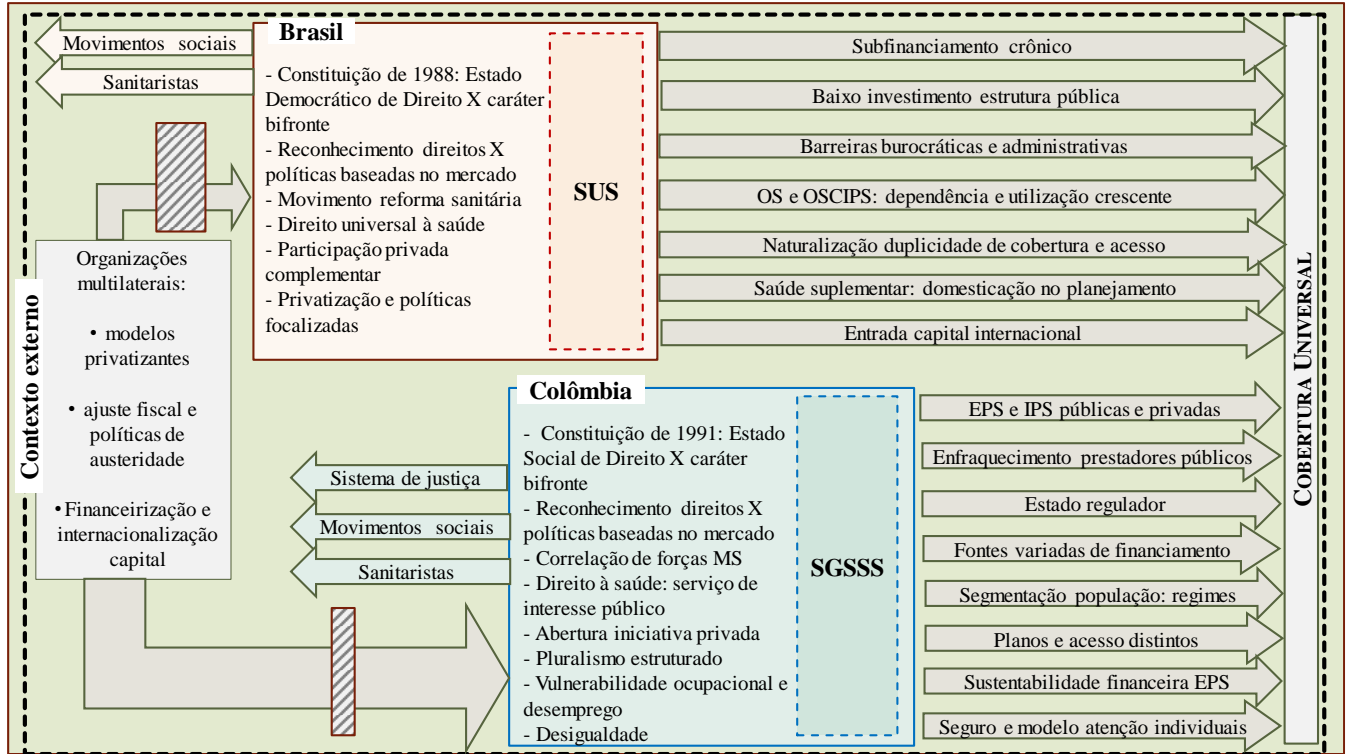


Figura 31 - Desenho esquemático da trajetória em direção à Cobertura Universal da Saúde pelo SGSSS e pelo SUS, tendo em vista questões relacionadas aos contextos externos e internos, políticas e características dos dois sistemas de saúde.

O ponto de partida do Brasil também foi a publicação de uma Constituição progressista e democrática, promulgada em um contexto de desigualdades históricas e de políticas voltadas para o mercado. O processo de redemocratização produziu uma mobilização social que restaurou e ampliou direitos individuais, criando barreiras para as violações e ações antidemocráticas, e incluiu direitos sociais inéditos, mas, igualmente, o texto constitucional assumiu um caráter misto, com a transferência da prestação dos serviços ao setor privado e a adesão à agenda econômica internacional de ajuste fiscal.

O Participante 6 enfatiza que os contextos dos dois países são mais semelhantes do que divergentes, o que é possível constatar sob o prisma da economia política, em uma concepção teórica marxista de Estado. Em outras palavras, as forças econômicas e estruturais que “estão movendo um país, também estão movendo os outros”. Apesar disso, os movimentos democráticos conseguiram que o direito universal à saúde fosse reconhecido

constitucionalmente e o SUS fosse criado como um sistema integralmente público e pautado na redução das desigualdades dentro de um Estado neoliberal.

No caminho escolhido pela Colômbia, as políticas implementadas após a constituinte e a reforma sanitária, adotaram a receita das organizações multilaterais e do Consenso de Washington. A Seguridade Social foi relegada a segundo plano e a prestação dos serviços foi permitida à iniciativa privada, em competição com o Estado e de forma regulada. A partir da análise dos indicadores econômicos, sociais e de saúde, por ano e por mandato presidencial, foi observada a associação entre o desenvolvimento e a redução da desigualdade e melhoria das condições de vida da população, mas os melhores resultados ocorreram quando a escolha do modelo de processo de paz envolveu a inclusão e o diálogo com as guerrilhas.

Ao longo de seus trinta anos, o caminho percorrido pelo SGSSS passou por mudanças e reformas a partir de demandas da população e da atuação do sistema de justiça, particularmente da Corte Constitucional, culminando na Lei Estatutária de 2015. Embora o entendimento constitucional e jurídico do direito à saúde ter se transformado, a essência privatista e prestacional do SGSSS não foi alterada. A *Entidades Promotoras de Salud* (EPS), criadas em 1993 para realizarem a filiação dos usuários ao seguro obrigatório, a gestão de risco, a administração dos recursos do sistema e a provisão dos serviços, ficaram cada vez mais fortalecidas e com sua lucratividade garantida. Os prestadores públicos quase desapareceram e os privados sempre tiveram dificuldades financeiras quando não integravam a rede verticalizada das EPS.

Enquanto isso, em um sistema que foi criado para reduzir as iniquidades de cobertura e acesso, usando um fundo único (FOSYGA e depois a ADRES) que centraliza, por meio de mecanismos de solidariedade, as contribuições daqueles que têm capacidade financeira e também os subsídios estatais angariados por um *pooling* de fontes fiscais, iniquidades de acesso permanecem. Os indicadores econômicos evidenciaram a associação entre a desigualdade e o desemprego, o qual, por sua vez, define o nível de cobertura e acesso entre pessoas filiadas a um regime contributivo, voltado ao emprego formal, e a um regime subsidiado, para aqueles que não possuem esse vínculo e têm que provar que são pobres. Os gastos *per capita* do contributivo ainda são maiores e as cestas de serviços (os Planos Obrigatórios de Saúde) permaneceram desiguais entre os regimes.

Além disso, o risco financeiro efetivamente protegido no sistema é o das EPS, por meio da cobrança de copagamentos, cotas moderadoras e realização de reembolsos. Igualmente, a redução dos gastos catastróficos parece estar mais relacionada à judicialização do que ao sistema. As escolhas para proteção desse risco, em geral, envolveram aumento de

processos burocráticos e tentativas repetitivas e pouco efetivas em moldar a atuação das seguradoras.

O caminho escolhido pelo Brasil, por sua vez, se pautou na inserção da iniciativa privada de forma complementar e suplementar ao SUS. De forma geral, os direitos reconhecidos tiveram sua realização dificultada pelas políticas voltadas para o mercado implementadas ao longo dos anos e pela subordinação da economia brasileira ao fluxo internacional de capital. A política neoliberal continuou em todo o período, mas resultados importantes quanto à redução da desigualdade foram observados entre 2003 e 2014, quando foram implementadas políticas sociais mais efetivas. As escolhas macroeconômicas e políticas reduziram o financiamento do sistema de saúde, o qual não conseguiu materializar os compromissos quando da sua criação, passando a direcionar sua atuação de forma focalizada em alguns momentos e a se tornar cada vez mais dependente da rede privada complementar.

As políticas e normativas do sistema passaram a considerar e a naturalizar a duplicidade de cobertura e acesso com o setor suplementar em seu próprio planejamento, ao contar (subtraindo) a vinculação de cerca de um quarto da população com acesso a planos privados de saúde. Por outro lado, o ressarcimento dos planos privados pelo atendimento de seus clientes no sistema público, configurava-se como recurso compensatório que acabou por domesticar o mix público-privado. Os mapas de saúde passaram a incluir a cobertura por serviços privados para identificar os vazios assistenciais do sistema, legitimando definitivamente que para o sistema, o que importa é que 100% das pessoas estejam cobertas, seja pelo setor privado ou pelo público. A atenção primária foi sendo destituída de seu caráter universal para se vincular ao cadastro formal, ao financiamento por capitação e a critérios de comprovação de vulnerabilidade. A partir de 2015, as escolhas levaram o Brasil a um caminho de aprofundamento das desigualdades, crescimento negativo e retrocesso sem precedentes nos direitos conquistados.

A partir dessa síntese das trajetórias do sistema, utilizando-se - como um exercício retórico - dos termos empregados pela OMS em sua defesa da cobertura universal, percebe-se que, em ambos os países a capacidade estatal para investir, regular ou prestar os serviços foi reduzida devido a escolhas baseadas em critérios financeiros e corporativos. Ao mesmo tempo, a relativização da participação privada, motivada pela redução dos custos e aumento da cobertura, não se sustenta tendo em vista os resultados obtidos a partir do estudo de caso do SGSSS, que foi criado nesse formato e é considerado, tanto pela OMS, quanto pelo Banco Mundial, uma referência desse modelo para outros países (HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, 2001). Ressalta-se ainda, que a diferença entre o modelo do pluralismo estruturado e a cobertura

universal é que a implementação do pluralismo envolve uma reforma estrutural dos sistemas de saúde, ou seja, a transformação de um sistema para outro paradigma de organização, o que, naturalmente, envolve pesados custos políticos e sociais. A cobertura universal, por outro lado, caracteriza-se por reformas incrementais, pelas quais não há mudança de modelo, mas incorporação dos princípios a um modelo já consolidado.

Os resultados revelaram que as mesmas questões estruturais estão presentes nos dois países e que a efetivação do direito depende da busca pela correção e reconfiguração dessas questões. Escolhas pautadas na determinação social e não no risco financeiro são mais igualitárias e verdadeiramente universais. Essa questão passa, necessariamente, pelo modelo de atenção pautado pelo princípio da integralidade que não significa tudo para todos, mas, sim, que as pessoas possam ter suas necessidades de saúde atendidas ao máximo, o que é muito diferente de se fornecer todos os medicamentos, todas as consultas, todas as tecnologias, para toda a população. Essa mudança de perspectiva de integralidade e universalidade, que, na verdade, é a concepção original do SUS, desmonta os argumentos da incapacidade financeira do Estado e da defesa pela focalização e privatização das políticas, principalmente, tendo em vista que é o setor privado que mais se beneficia com a venda de serviços e produtos de alto custo.

Da mesma forma, a judicialização se mostrou um marcador para a análise da efetivação do direito à saúde, pois ao não focar em questões estruturais, demonstra a preocupação delimitada ao componente prestacional do sistema. A busca por alternativas focadas na restrição judicial parece ser o caminho mais fácil, mas impede que a discussão sobre a reforma dos sistemas reconheça os problemas de ordem estrutural (financiamento suficiente, por exemplo) somando forças no campo institucional para a superação dos desafios. Esses caminhos, além de não garantirem a efetivação do direito, impedem a realização de outro direito, que é o acesso à justiça.

Hoje, com governos que se mostram abertos ao diálogo e resgate de questões democráticas e sociais, os dois sistemas têm uma nova chance de escolher que caminhos tomar: se continuam sua trajetória para a tão “recomendada” cobertura universal, ou se discutem coletivamente sobre uma reforma do sistema, pautada no fortalecimento da capacidade de investimento, de gestão e de prestação dos serviços públicos pelo Estado, com redução da dependência do setor privado, em um modelo de atenção focado no território, nas comunidades, na promoção da saúde, na proteção ao ambiente e no direito fundamental e universal à saúde.

Este estudo buscou analisar a efetivação do direito à saúde no Brasil e na Colômbia a partir de uma análise compreensiva, a qual permitiu conhecer as trajetórias históricas de cada país no que se refere ao reconhecimento e às garantias políticas e jurídicas para a sua proteção. Essa análise ampla traz a limitação de não aprofundar determinadas questões, mas revela uma agenda de pesquisa para a busca de novas respostas. Além disso, ter como fontes de informações e análises os participantes da pesquisa, foi uma oportunidade única de construção coletiva de conhecimento em prol do fortalecimento dos sistemas de saúde brasileiro e colombiano. Espera-se que os resultados tragam subsídios teóricos e históricos que possam contribuir para as discussões em torno do direito à saúde no Brasil e na Colômbia, e que as prioridades dos dois países sejam sempre o bem-viver das pessoas e a efetivação plena dos seus direitos fundamentais.

REFERÊNCIAS

- ABADÍA-BARRERO, C. E.; ARDILA-SIERRA, A. The right to health under capitalism. Threats, confrontations, and possibilities. In: Parker, R.; García, J. (ed). *Routledge Handbook on the Politics of Global Health*. 1. ed. London: Routledge, 2018. p.24,32.
- ABADIA-BARRERO, C. E.; OVIEDO, D. G. Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. *Social Science & Medicine*, v.68, n.6, p.1153-1160, 2009.
- AITH, F. M. A. Teoria Geral do Direito Sanitário Brasileiro. Volume 1. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, universidade de São Paulo, 2006.
- AITH, F. M. A. A saúde como direito de todos e dever do Estado: o papel dos poderes executivo, legislativo e judiciário na efetivação do direito à saúde no Brasil. In: AITH, Fernando, *et al. Direito Sanitário - Saúde e Direito, um diálogo possível*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010. p.73-105.
- ALDANA, B. U. La reforma del sistema de salud de Juan Manuel Santos: simple reingeniería neoliberal. *Revista Deslinde*, n.52, abr./mayo, 2013.
- ALMEIDA, C. (a) Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cadernos de Saúde Pública*, v.18, n.4, p.905-925, jul./ago. 2002.
- ALMEIDA, C. (b) Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Cadernos de Saúde Pública*, v.18, Supl. p.23-36, 2002.
- ALMEIDA, C. F. *Introdução ao direito comparado*. 2.ed. Coimbra: Almedina, 1998.
- ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.4, n.2, p.263-286, 1999.
- ALVIS-ZAKZUK, J.; ARRUGO-ARNEDO, C.; ALVIS-ZAKZUK, N. J. *et al.* Gasto de bolsillo y gasto catastrófico en salud en los hogares de Cartagena, Colombia. *Revista de Salud Pública*, v.20, n.5, p.591-598, 2018.
- ANDRADE, E. I. G.; MACHADO, C. D.; FALEIROS, D. R. *et al.* A judicialização da saúde e a política nacional de assistência farmacêutica no Brasil: gestão da clínica e da medicalização da justiça. *Revista Médica de Minas Gerais*, v.18, Supl.4, p.S46-50, 2008.
- ARANTES, R. B. Cortes constitucionais. In: AVRITZER, L.; BIGNOTTO, N.; FILGUEIRAS, F. *et al. Dimensões políticas da justiça*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013. p.195-206.

ARAUJO, E. C. *et al.* (Org.). Propostas de reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Washington, DC: Banco Mundial, [2019?]. Disponível em: <<https://bit.ly/2Uw2usZ>>. Acesso em: 18 jan. 2020.

ARCHILA, M.; COTE, J. Historia de las izquierdas colombianas entre 1958 y 2010. *Tempo e Argumento*, v.7, n.16, p.81-107. set./dez. 2015.

ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em perspectiva*, v.18, n.2, p.17-26, 2004.

ARRETCHE, M. A agenda institucional. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v.22, n.64, jun. 2007.

ARRIETA-GÓMEZ, A. I. Realizing the fundamental right to health through litigation: the Colombian case. *Health and Human Rights Journal*, v.20, n.1, p.133-145, June, 2018.

AVRITZER, L. O novo constitucionalismo latino-americano: uma abordagem política. In: AVRITZER, L. et al. (Orgs.). *O constitucionalismo democrático latino-americano em debate: soberania, separação de poderes e sistema de direitos*. 1.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2017. p.19-42.

AVRITZER, L.; MARONA, M. C. Judicialização da política no Brasil: ver além do constitucionalismo liberal para ver melhor. *Revista Brasileira de Ciência Política*, n. 15, p.69-94, set./dez. 2014.

AZEVEDO, L. C. *Introdução à história do Direito*. 2.ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2007.

BALERA, W.; SILVEIRA, V. O. Apresentação à Obra. In: BALERA, W.; SILVEIRA, V. O. (coord.); COUTO, M. B. (Org.). *Comentários ao Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*. Curitiba: Clássica, 2013. p.15-16.

BANCO MUNDIAL. El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. una agenda para la reforma. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, v.103, n.6, dic. 1987.

BANDEIRA, L. A. M. As políticas neoliberais e a crise na América do Sul. *Revista Brasileira de Política Internacional*, v.45, n.2, p.135-146, 2002.

BARBOZA, E. M. Q.; KOZICKI, K. Judicialização da política e controle judicial de políticas públicas. *Revista Direito GV*, v.8, n.1, p.59-86, jan./jun. 2012.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARREIRO, G. S. S.; FURTADO, R. P. M. Inserindo a judicialização no ciclo de políticas públicas. *Revista de Administração Pública*, v. 49, n.2, p.293-314, mar./abr. 2015.

BARROS, A. J. D.; BASTOS, J. L.; DÂMASO, A. H. Catastrophic spending on health care in Brazil: private health insurance does not seem to be the solution. *Cadernos de Saúde Pública*, v.27, Sup.2 p.S254-S262, 2011.

BENÍTEZ-ROJAS, V. F. Legitimidad democrática y constitucional de las modificaciones implícitas a la Constitución por parte de la jurisprudencia constitucional en Colombia. *Vniversitas*, n.122, p.303-334, ene./jun. 2011.

BERG, J. *Brazil - The minimum wage as a response to the crisis*. ILO Notes on the Crisis. Genève: International Labour Organization, 2009. Disponível em: <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/article/wcms_limd3_11_en.pdf. Acesso em: 18 out. 2020.

BERNAL BERMUDEZ, L.; MARÍN LÓPEZ, D. Los empresarios en la guerra: elementos de la verdad judicial sobre la complicidad empresarial en Colombia. In: SÁNCHEZ LEÓN; N. C.; PAYNE, L. A.; PEREIRA, G.; *et al.* *Cuentas Claras*. El papel de la Comisión de la Verdad en la develación de la responsabilidad de empresas en el conflicto armado colombiano. Bogotá: Dejusticia, 2018.

BERNARDINO, F. B. S.; GONÇALVES, T. M.; PEREIRA, T. I. D. *et al.* Tendência da mortalidade neonatal no Brasil de 2007 a 2017. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.27, n.2, p.567-578, 2022.

BETANCOURT, C. A. El sistema integral de protección y seguridad social. In: ESCOBAR, C. O.; SALAMANCA, L. J. G. *Colombia: entre la exclusión y el desarrollo*. Propuestas para la transición al Estado Social de Derecho. Bogotá: Contraloría General de la República/Alfaomega Colombiana S.A., 2002. p.43-67.

BETANCUR, C. M. M. La tutela y reforma en salud: desencanto de un juez soñador. *Vniversitas*, n.127, p.157-188, jul./dic. 2013.

BOING, A. C.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D. *et al.* Desigualdade socioeconômica nos gastos catastróficos em saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v.48, n.4, p.632-641, 2014.

BONAVIDES, P. *Curso de Direito Constitucional*. 28. ed. São Paulo: Malheiros Editores. 2013. 864p.

BORDE, E. M. S.; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, M. Una aproximación a la determinación social de la violencia urbana en ciudades latinoamericanas: lecturas desde Río de Janeiro y Bogotá. *Medicina Social*, v.12, n.1, ene./abr. 2019.

BORRERO-RAMÍREZ, Y. E. *Luchas por la salud en Colombia*. 1.ed. Santiago de Cali: Pontificia Universidad Javeriana, Sello Editorial Javeriano, 2014.

BORRERO-RAMÍREZ, Y. E.; ECHEVERRY-LÓPEZ, M. E. Balance de la investigación nacional sobre acción colectiva y movimientos sociales por la salud en Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, v.13, n.26, p.76-89, ene./jun. 2014.

BRAGATO, F. F.; CASTILHO, N. M. A importância do pós-colonialismo e dos estudos descoloniais na análise do novo constitucionalismo latino-americano. In: VAL, E. M.; BELLO, E. (Orgs.). *O pensamento pós e descolonial no novo constitucionalismo latino-americano*. Caxias do Sul: Educs, 2014. p.11-25.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL (a). Presidência da República. Decreto nº 99.060 de 07 de março de 1990. Vincula o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS ao Ministério da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial*, Brasília, 08 mar. 1990.

BRASIL (b). Presidência da República. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial*, Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL (c). Presidência da República. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial*, Brasília, 30 dez. 1990.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução nº 258 de 07 de janeiro de 1991. Aprova a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS para 1991. *Diário Oficial*, Brasília, 10 jan. 1991.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Portaria nº 234 de 07 de fevereiro de 1992. Edita a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB – SUS/92), conforme texto constante no Anexo I da presente Portaria. *Diário Oficial*, Brasília, 07 fev. 1992.

BRASIL (a). Presidência da República. Lei nº 8.689 de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. *Diário Oficial*, Brasília, 28 jul. 1993.

BRASIL (b). Ministério da Saúde. Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. *Diário Oficial*, Brasília, 20 maio 1993.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 1.232 de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do fundo nacional de saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do distrito federal, e dá outras providências. *Diário Oficial*, Brasília, 31 ago. 1994.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 1.651 de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial*, Brasília, 29 set. 1995.

BRASIL (a). Presidência da República. Lei nº 9.313 de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. *Diário Oficial*, Brasília, 14 nov. 1996.

BRASIL (b). Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203 de 05 de novembro de 1996. Aprova, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. *Diário Oficial*, Brasília, 05 nov. 1996.

BRASIL (a). Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria. *Diário Oficial*, Brasília, 30 out. 1998.

BRASIL (b). Presidência da República. Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. *Diário Oficial*, Brasília, 18 maio 1998.

BRASIL (c). Presidência da República. Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. *Diário Oficial*, Brasília, 04 jun. 1998.

BRASIL (a). Presidência da República. Lei nº 9.836 de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. *Diário Oficial*, Brasília, 24 set. 1999.

BRASIL (b). Presidência da República. Lei nº 9.790 de 23 de março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. *Diário Oficial*, Brasília, 24 mar. 1999.

BRASIL (c). Presidência da República. Lei nº 9.782 de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. *Diário Oficial*, Brasília, 27 jan. 1999.

BRASIL (a). Presidência da República. Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. *Diário Oficial*, Brasília, 29 jan. 2000.

BRASIL (b). Presidência da República. Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000. Altera os Artigos 34,35, 156,160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial*, Brasília, 14 set. 2000.

BRASIL (a). Presidência da República. Medida Provisória nº 2.177 de 24 de agosto de 2001. Altera a Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. *Diário Oficial*, Brasília, 27 ago. 2001.

BRASIL (b). Ministério da Saúde. Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. *Diário Oficial*, Brasília, 26 jan. 2001.

BRASIL (a). Presidência da República. Lei nº 10.424 de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial*, Brasília, 16 abr. 2002.

BRASIL (b). Ministério da Saúde. Portaria nº 373 de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. *Diário Oficial*, Brasília, 27 fev. 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial*, Brasília, 06 maio 2004.

BRASIL (a). Presidência da República. Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial*, Brasília, 8 abr. 2005.

BRASIL (b). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *O Remédio via Justiça: Um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/Aids no Brasil por meio de ações judiciais*. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

BRASIL (a). Ministério da Saúde. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial*, Brasília, 22 fev. 2006.

BRASIL (b). Ministério da Saúde. Portaria nº 1.097 de 22 de maio de 2006. Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial*, Brasília, 22 maio 2006.

BRASIL (c). Ministério da Saúde. Portaria nº 3.323 de 27 de dezembro de 2006. Institui a comissão para incorporação de tecnologias no âmbito do Sistema Único de Saúde e da Saúde Suplementar. *Diário Oficial*, Brasília, 27 dez. 2006.

BRASIL (d). Ministério da Saúde. Portaria nº 152 de 19 de janeiro de 2006. Institui o fluxo para incorporação de tecnologias no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial*, Brasília, 19 jan. 2006.

BRASIL (e). Ministério da Saúde. Portaria nº 3.277 de 22 de dezembro de 2006. Dispõe sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial*, Brasília, 22 dez. 2006.

BRASIL (f). Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial*, Brasília, 28 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204 de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. *Diário Oficial*, Brasília, 29 jan. 2007.

BRASIL (a). Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Mais saúde: direito de todos 2008-2011. 2.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL (b). Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559 de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial*, Brasília, 01 ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 837 de 23 de abril de 2009. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial*, Brasília, 23 abr. 2009.

BRASIL (a). Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL (b). Ministério da Saúde. Portaria nº 1.034 de 5 de maio de 2010. Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 5 maio 2010.

BRASIL (c). Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial*, Brasília, 30 dez 2010.

BRASIL (a). Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. *Legislação Estruturante do SUS*. 1.ed. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL (b). Presidência da República. Lei nº 12.466 de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. *Diário Oficial*, Brasília, 25 out. 2011.

BRASIL (c). Presidência da República. Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial*, Brasília, 28 abr. 2011.

BRASIL (d). Presidência da República. Decreto nº 7.646 de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. *Diário Oficial*, Brasília, 22 dez. 2011.

BRASIL (e). Presidência da República. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial*, Brasília, 29 jun. 2011.

BRASIL (f). Ministério da Saúde. Portaria nº 940 de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). *Diário Oficial*, Brasília, 28 abr. 2011.

BRASIL (g). Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial*, Brasília, 21 out. 2011.

BRASIL (a). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. Brasília, 13 jun. 2013.

BRASIL (b). Presidência da República. Lei complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial*, Brasília, 16 jan. 2012.

BRASIL (c). Ministério da Saúde. Portaria nº 837 de 18 de abril de 2012. Define as diretrizes e os critérios para o estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP). *Diário Oficial*, Brasília, 18 abr. 2012.

BRASIL (a). Presidência da República. Lei nº 12.895 de 18 de dezembro de 2013. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, obrigando os hospitais de todo o País a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito da parturiente a acompanhante. *Diário Oficial*, Brasília, 19 dez. 2013.

BRASIL (b). Ministério da Saúde. Portaria nº 2.135 de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial*, Brasília, 25 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: inovação para a garantia do acesso a medicamentos no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL (a). Presidência da República. Lei nº 13.097 de 19 de janeiro de 2015. Altera a Lei nº 8.080 e diversos outros dispositivos legais. *Diário Oficial*, Brasília, 20 jan. 2015.

BRASIL (b). Presidência da República. Emenda Constitucional nº 86 de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. *Diário Oficial*, Brasília, 18 mar. 2015.

BRASIL (a). Câmara dos Deputados. Emenda Constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 15 dez. 2016.

BRASIL (b). Presidência da República. Emenda Constitucional nº 93 de 08 de setembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para prorrogar a desvinculação de receitas da União e estabelecer a desvinculação de receitas dos Estados, Distrito Federal e Municípios. *Diário Oficial*, Brasília, 15 dez. 2016.

BRASIL (a). Presidência da República. Lei nº 13.427 de 30 de março de 2017. Altera o art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", para inserir, entre os princípios do Sistema Único

de Saúde (SUS), o princípio da organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 mar. 2017.

BRASIL (b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Ofício nº 60-GS/SAS de 18 de jan. de 2017. Proposta de Plano de Saúde Acessível. Brasília, 18 de jan. de 2017. Disponível em: <http://www.epsvj.fiocruz.br/sites/default/files/files/Proposta-de-Plano-de-Saude-Acessivel.pdf>. Acesso em: 15 de agosto de 2017.

BRASIL (c). Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial*, Brasília, 21 set. 2017.

BRASIL (d). Ministério da Saúde. Portaria nº 3.992 de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial*, Brasília, 28 dez. 2017.

BRASIL (a). Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial*, Brasília, 12 nov. 2019.

BRASIL (b). Presidência da República. Lei nº 13.958 de 18 de dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). *Diário Oficial da União*. Brasília, 19 dez. 2019.

BRASIL (a). Presidência da República. Decreto nº 10.283 de 20 de março de 2020. Institui o Serviço Social Autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde - Adaps. *Diário Oficial da União*. Brasília, 20 mar. 2020.

BRASIL (b). Ministério da Saúde. DATASUS. *Indicadores de mortalidade*. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/mort.htm>>. Acesso em 05 ago. 2020.

BRASIL (a). Ministério da Saúde. DATASUS. *Taxa de mortalidade em menores de cinco anos – C.16*. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/LivroIDB/2edrev/c16.pdf>>. Acesso em 22 jan. 2022.

BRASIL (b). Ministério da Saúde. DATASUS. *Razão de mortalidade materna – C.3*. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/LivroIDB/2edrev/c03.pdf>>. Acesso em 15 jun. 2022.

BRINKS, D. M.; GAURI, V. A new policy landscape: legalizing social and economic rights in the developing world. In: GAURI, V.; BRINKS, D. M. (Eds.). *Courting Social Justice. Judicial enforcement of social and economic rights in the developing world*. New York: Cambridge University Press, 2008. p.303-352.

BULCOURF, P.; CARDOZO, N. D. ¿Por qué comparar políticas públicas? *Política Comprurada*, n.3, p.1-49, oct. 2008.

CAÏS, J. *Metodología del análisis comparativo*. Cuadernos Metodológicos Nº 21. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1997.

CALDERÓN, C. A. A.; BOTERO, J.C.; BOLAÑOS, J. O. *et al.* Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.6, p.2817-28, 2011.

CAMPOS, B. V. B. *As raízes históricas do ativismo judicial na tradição jurídica norte-americana e sua repercussão no debate hermenêutico constitucional: o império dos homens sobre o direito*. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Direito, Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.

CAMPOS, C. A. A. Dimensões da autorrestrrição judicial. Disponível em: <https://www.academia.edu/14860878/DIMENS%C3%95ES_DA_AUTORRESTRI%C3%87O_JUDICIAL>. Acesso em: 29 de fev. 2020.

CAMPOS NETO, O. H.; GONÇALVES, L. A. O.; ANDRADE, E. I. G. A judicialização da Saúde na percepção de médicos prescritores. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.22, n.64, p.165-76, 2018.

CANO, L. F. El litigio estructural en salud: un estudio comparado con base en casos de Sudáfrica, Argentina, India y Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, v.33, n.1, p.111-120, 2015.

CÁRDENAS, W. I. L.; PEREIRA, A. M. M.; MACHADO, C. V. Trajetória das relações público-privadas no sistema de saúde da Colômbia de 1991 a 2015. *Cadernos de Saúde Pública [online]*, v.33, Suppl.2, e00114016, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00114016>>. Acesso em: 20 ago. 2021.

CARDOSO JÚNIOR, J. C. Ruptura democrática e estagnação econômica: do PAC (2007-2014) ao Teto de Gastos (EC 95/2016). In: CARDOSO JÚNIOR, J. C.; CERQUEIRA, B. S.; PINHO, C. E. S. *et al.* (Orgs.) *Planejamento governamental e finanças públicas no Brasil contemporâneo: perspectivas críticas ao financiamento do desenvolvimento no século XXI*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2017. p.81-123.

CARVALHO, E. Revisão judicial e judicialização da política no direito ocidental: aspectos relevantes de sua gênese e desenvolvimento. *Revista Sociologia Política*, n.28, p.161-179, jun. 2007.

CASTAÑO, H. L. Desaceleración económica y mercado laboral colombiano. *Economía colombiana. Análisis de coyuntura*, n.1, p.25-36, nov. 2015.

CASTIBLANCO, L. A.; GRANADOS, M. A. G.; CASTAÑEDA, M. Y. Colombia: una sociedad excluyente. In: ESCOBAR, C. O.; SALAMANCA, L. J. G. *Colombia: entre la exclusión y el desarrollo. Propuestas para la transición al Estado Social de Derecho*. Bogotá: Contraloría General de la República/Alfaomega Colombiana S.A., 2002. p.3-40.

CASTRILLÓN, A. A. Costo de las tutelas en salud en Colombia 1992 a 2016. *Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud*, v.2, p.69-75, 2017.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE - CEBES. *Por que defender o Sistema Único de Saúde? Diferenças entre Direito Universal e Cobertura Universal de Saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2014.

COCK, V. S.; BARCO, G. C. Análisis constitucional y legal del estado de emergencia social y los decretos que reforman el sistema de salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, v.9, Supl.18, p.18-29, ene./jun. 2010.

COHN, A.; GLERIANO, J. S. A urgência da reinvenção da reforma sanitária brasileira em defesa do Sistema Único de Saúde. *Revista de Direito Sanitário*, v.21, e-0012, 2021. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/159190>>. Acesso em 25 ago. 2022.

COLOMBIA. Departamento Administrativo de la Función Pública. *Organismos de Control*. Manual Estructura del Estado, s.d.

COLOMBIA. Congreso de la República. Ley 10 de 10 de enero de 1990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá, 10 ene. 1990.

COLOMBIA (a). *Constitucion Politica de Colombia*. Bogotá: Asamblea Nacional Constituyente 1991.

COLOMBIA (b). Decreto Ley 2591 de 19 de noviembre de 1991. Por el cual se reglamenta la acción de tutela consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política. *Diario Oficial*. Bogotá, 19 nov. 1991.

COLOMBIA (a). Congreso de Colombia. Ley 100 de 23 de diciembre de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá, 23 dic. 1993.

COLOMBIA (b). Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 4 de octubre de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. *Diario Oficial*. Bogotá, 04 oct. 1993.

COLOMBIA (c). Congreso de Colombia. Ley 60 de 12 de agosto de 1993. Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá, 12 ago. 1993.

COLOMBIA (a). Decreto 1259 de 20 de junio de 1994. Por el cual se reestructura la Superintendencia Nacional de Salud. *Diario Oficial*. Bogotá, 24 jun. 1994.

COLOMBIA (b). Decreto 1290 de 22 de junio de 1994. Por el cual se precisan las funciones del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, INVIMA, y se establece su organización básica. *Diario Oficial*. Bogotá, 24 jun. 1994.

COLOMBIA (c). Decreto 1485 de 13 de julio de 1994. Por el cual se regula la organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud. *Diario Oficial*. Bogotá, 15 jul. 1994.

COLOMBIA (d). Decreto Ley 1298 de 22 de junio de 1994. Por el cual se expide el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Diario Oficial*. Bogotá, 22 jun. 1994.

COLOMBIA (e). Decreto 1486 de 13 de julio de 1994. Por el cual se reglamenta el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud en cuanto a la organización y funciones de la Medicina Prepagada, se modifica el Decreto 1570 de 1993 y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá, 15 jul. 1994.

COLOMBIA (f). Decreto 1757 de 3 de agosto de 1994. Por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto-ley 1298 de 1994. *Diario Oficial*. Bogotá, 05 ago. 1994.

COLOMBIA (g). Ministerio de Salud. Resolución 5261 de 5 de agosto de 1994. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Diario Oficial*. Bogotá, 05 ago. 1994.

COLOMBIA. Ministerio de Salud. Resolución 5061 de 23 de diciembre de 1997. Por la cual se reglamentan los Comités Técnico Científicos dentro de la Entidades Promotoras de Salud, Administradoras del Régimen Subsidiado e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá, 23 dic. 1997.

COLOMBIA (a). Ministerio de Salud. Resolución 2312 de 12 de junio de 1998. Por la cual se modifica el artículo 1º. de la Resolución 5061 de 1997, y se reglamenta el recobro de medicamentos autorizados por los Comités Técnico-Científicos de las EPS, ARS y entidades adaptadas. *Diario Oficial*. Bogotá, 13 jul. 1998.

COLOMBIA (b). Decreto 806 de 30 de abril de 1998. Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público

esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional. *Diario Oficial*. Bogotá, 05 mayo. 1998.

COLOMBIA (a). Decreto 47 de 19 de enero de 2000. Por el cual se expiden normas sobre afiliación y se dictan otras disposiciones *Diario Oficial*. Bogotá, 07 feb. 2000.

COLOMBIA (b). Ministerio de Salud. Resolución 412 de 25 de febrero de 2000. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. *Diario Oficial*. Bogotá, 25 feb. 2000.

COLOMBIA (c). Ministerio de Salud. Resolución 3384 de 29 de diciembre de 2000. Por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se Deroga la Resolución 1078 de 2000. *Diario Oficial*. Bogotá, 29 dic. 2000.

COLOMBIA. Congreso de Colombia. Ley 715 de 21 de diciembre de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. *Diario Oficial*. Bogotá, 21 dic. 2001.

COLOMBIA (a). Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 228 de 03 de mayo de 2002. Por medio del cual se actualiza el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá, 26 jun. 2002.

COLOMBIA (b). Decreto 1703 de 02 de agosto de 2002. Por el cual se adoptan medidas para promover y controlar la afiliación y el pago de aportes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Diario Oficial*. Bogotá, 07 ago. 2002.

COLOMBIA (c). Decreto 2400 de 25 de octubre de 2002. Por el cual se modifica el Decreto 1703 de 2002. *Diario Oficial*. Bogotá, 25 oct. 2002.

COLOMBIA (d). Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 232 de 19 de julio de 2002. por el cual se crea el Comité Técnico de Medicamentos y Evaluación de Tecnología y se Reglamenta su funcionamiento. *Diario Oficial*. Bogotá, 10 ago. 2002.

COLOMBIA (a). Presidencia de la República. Ministerio de Defensa Nacional. *Política de Defensa y Seguridad Democrática*. Bogotá: Ministerio de Defensa, 2003.

COLOMBIA (b). Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 244 de 31 de enero de 2003. Por medio del cual se definen la forma y las condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá, 01 abr. 2003.

COLOMBIA. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 260 de 04 de febrero de 2004. Por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Diario Oficial*. Bogotá, 27 feb. 2004.

COLOMBIA (a). Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 306 de 18 de noviembre de 2005. Por medio del cual se define el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado. *Diario Oficial*. Bogotá, 18 nov. 2005.

COLOMBIA (b). Congreso de Colombia. Ley 972 de 15 de julio de 2005. Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida. *Diario Oficial*. Bogotá, 15 jul. 2005.

COLOMBIA (a). Congreso de Colombia. Ley 1122 de 09 de enero de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá, 09 ene. 2007.

COLOMBIA (b). Decreto 2699 de 13 de julio de 2007. Por el cual se establecen algunas normas relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá, 13 jul. 2007.

COLOMBIA (a). Ministerio de la Protección Social. Resolución 3099 de 19 de agosto de 2008. Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS autorizados por Comité Técnico Científico y por fallos de tutela. *Diario Oficial*. Bogotá, 19 ago. 2008.

COLOMBIA (b). Ministerio de la Protección Social. Resolución 3754 de 02 de octubre de 2008. Por la cual se modifica parcialmente la Resolución número 3099 de 2008. *Diario Oficial*. Bogotá, 02 oct. 2008.

COLOMBIA (c). Corte Constitucional. Sentença T-760 de 31 de julho de 2008. *Gaceta de la Corte Constitucional*. Bogotá, 31 jul. 2008.

COLOMBIA (a). Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 04 de 30 de septiembre de 2009. Por el cual se da cumplimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional. *Diario Oficial*. Bogotá, 30 sep. 2009.

COLOMBIA (b). Ministerio de la Protección Social. Resolución 3173 de 28 de agosto de 2009. Por la cual se adopta el Registro de Negación de Servicios y Medicamentos por parte de las EPS y EOC del Régimen Contributivo y Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Diario Oficial*. Bogotá, 28 ago. 2009.

COLOMBIA (c). Decreto legislativo 4975 de 23 de diciembre de 2009. Por el cual se declara el Estado de Emergencia Social. *Diario Oficial*, Bogotá, 23 dic. 2009.

COLOMBIA (d). Ministerio de la Protección Social. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 415 de 29 de mayo de 2009. Por medio del cual se modifica la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá, 29 mayo. 2009.

COLOMBIA (e). Ministerio de la Protección Social. Resolución 1817 de 29 de mayo de 2009. por medio de la cual se definen los lineamientos de la Carta de Derechos de los Afiliados y de los Pacientes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la Carta de Desempeño de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá, 03 jun. 2009.

COLOMBIA (f). Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 08 de 29 de diciembre de 2009. Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. *Diario Oficial*. Bogotá, 29 dic. 2009.

COLOMBIA (g). Policía Nacional de Colombia. Dirección General. *Manual para el Comando de Atención Inmediata*, CAI. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2009. Disponible em: < https://www.camara.gov.co/sites/default/files/2020-09/RTA.ANEXO_MINDEFENSA.MANUAL.ESTATUTO%20DE%20OPOSICI%C3%93N.pdf>. Acceso em 16 ago. 2022.

COLOMBIA (a). Congreso de Colombia. Ley 1429 de 29 de diciembre de 2010. Por la cual se expide la Ley de Formalización y Generación de Empleo. *Diario Oficial*. Bogotá, 29 dic. 2010.

COLOMBIA (b). Decreto legislativo 128 de 21 de enero de 2010. Por medio del cual se regulan las prestaciones excepcionales en salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*, Bogotá, 21 ene. 2010.

COLOMBIA (c). Decreto legislativo 131 de 21 de enero de 2010. Por medio del cual se crea el Sistema Técnico Científico en Salud, se regula la autonomía profesional y se definen aspectos del aseguramiento del Plan Obligatorio de Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*, Bogotá, 21 ene. 2010.

COLOMBIA (d). Decreto legislativo 132 de 21 de enero de 2010. Por el cual se establecen mecanismos para administrar y optimizar el flujo de recursos que financian el Régimen Subsidiado de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*, Bogotá, 21 ene. 2010.

COLOMBIA (e). Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 011 de 29 de enero de 2010. Por el cual se da cumplimiento al Auto número 342 de 2009 de la Honorable Corte Constitucional. *Diario Oficial*. Bogotá, 01 feb. 2010.

COLOMBIA (f). Congreso de la República. Ley 1393 de 12 de julio de 2010. Por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de

aportes a la salud, se redireccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá, 12 jul. 2010.

COLOMBIA (a). Congreso de Colombia. Ley 1448 de 10 de junio de 2011. Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá, 10 jun. 2011.

COLOMBIA (b). Congreso de Colombia. Ley 1438 de 19 de enero de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá, 19 ene. 2011.

COLOMBIA (c). Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 027 de 11 de octubre de 2011. Por el cual se unifican los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a nivel nacional, para las personas de sesenta (60) y más años de edad y se modifica la Unidad de Pago por Capitación UPC del Régimen Subsidiado. *Diario Oficial*. Bogotá, 14 oct. 2011.

COLOMBIA (d). Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 025 de 24 de mayo de 2011. Por el cual se realizan unas inclusiones en el Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. *Diario Oficial*. Bogotá, 10 jun. 2011.

COLOMBIA (e). Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 029 de 28 de diciembre de 2011. Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud. *Diario Oficial*. Bogotá, 30 dic. 2011.

COLOMBIA (f). Ministerio de la Protección Social. Resolución 163 de 27 de enero de 2011. Por la cual se adopta el Registro de Negaciones de Servicios Médicos por parte de las Empresas Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás entidades obligadas a compensar y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá, 07 feb. 2011.

COLOMBIA (a). Decreto 2560 de 10 de diciembre de 2012. Por el cual se suprime la Comisión de Regulación en Salud (CRES), se ordena su liquidación y se trasladan unas funciones al Ministerio de Salud y Protección Social y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá, 10 dic. 2012.

COLOMBIA (b). Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 032 de 17 de mayo de 2012. Por el cual se unifican los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a nivel nacional, para las personas de dieciocho (18) a cincuenta y nueve (59) años de edad y se define la Unidad de Pago por Capitación (UPC), del Régimen Subsidiado. *Diario Oficial*. Bogotá, 17 mayo. 2012.

COLOMBIA (c). Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4480 de 27 de diciembre de 2012. Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2013 y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá, 27 dic. 2012.

COLOMBIA (d). Ministerio de la Protección Social. Resolución 744 de 09 de abril de 2012. Por la cual se adopta el Registro de Negación de Servicios Médicos por parte de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar – EOC y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá, 12 abr. 2012.

COLOMBIA (a). Decreto 1683 de 02 de agosto de 2013. Por el cual se reglamenta el artículo 22 de la Ley 1438 de 2011 sobre portabilidad nacional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Diario Oficial*. Bogotá, 02 ago. 2013.

COLOMBIA (b). Congreso de Colombia. Ley 1608 de 02 de enero de 2013. Por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del Sector Salud. *Diario Oficial*. Bogotá, 02 ene. 2013.

COLOMBIA (c). Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5395 de 24 de diciembre de 2013. Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá, 24 dic. 2013.

COLOMBIA (d). Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5521 de 27 de diciembre de 2013. Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS). *Diario Oficial*. Bogotá, 30 dic. 2013.

COLOMBIA (e). Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1841 de 28 de mayo de 2013. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021. *Diario Oficial*. Bogotá, 28 mayo. 2013.

COLOMBIA (f). Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos. Circular 03 de 21 de mayo de 2013. Por la cual se establece metodología de aplicación del régimen de control directo de precios para los medicamentos que se comercialicen en territorio nacional. *Diario Oficial*. Bogotá, 21 mayo. 2013.

COLOMBIA (a). Congreso de Colombia. Ley 1751 de 16 de febrero de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá, 16 feb. 2015.

COLOMBIA (b). Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0518 de 24 de febrero de 2015. Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC. *Diario Oficial*. Bogotá, 24 feb. 2015.

COLOMBIA (c). Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1479 de 06 de mayo de 2015. Por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado. *Diario Oficial*. Bogotá, 06 mayo, 2015.

COLOMBIA (d). Decreto 2353 de 03 de diciembre de 2015. Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud. *Diario Oficial*. Bogotá, 03 dic. 2015.

COLOMBIA (e). Congreso de Colombia. Ley 1753 de 09 de junio de 2015. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”. *Diario Oficial*. Bogotá, 09 jun. 2015.

COLOMBIA (a). Acuerdo Final Para La Terminación Del Conflicto y La Construcción De Una Paz Estable y Duradera. Bogotá, 24 nov. 2016.

COLOMBIA (b). Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 17 de febrero de 2016. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. *Diario Oficial*. Bogotá, 17 feb. 2016.

COLOMBIA (c). Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 6408 de 26 de diciembre de 2016. Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC). *Diario Oficial*. Bogotá, 26 dic. 2016.

COLOMBIA (d). Decreto 780 de 06 de mayo de 2016. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. *Diario Oficial*. Bogotá, 06 mayo. 2016.

COLOMBIA (e). Congreso de Colombia. Ley 1797 de 13 de julio de 2016. Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá, 13 jul. 2016.

COLOMBIA (f). Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3951 de 31 de agosto de 2016. Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá, 31 ago. 2016.

COLOMBIA (a). Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0532 de 28 de febrero de 2017. Por la cual se modifica la Resolución 3951 de 2016, modificada por la Resolución 5884 de 2016 y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá, 28 feb. 2017.

COLOMBIA (b). Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5269 de 22 de diciembre de 2017. Por la cual se actualiza el Plan de Beneficios con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC). *Diario Oficial*. Bogotá, 22 dic. 2017.

COLOMBIA (c). Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0330 de 14 de febrero de 2017. Por la cual se adopta el procedimiento técnico-científico y participativo para la determinación de los servicios y tecnologías que no podrán ser financiados con recursos

públicos asignados a la salud y se establecen otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá, 14 feb. 2017.

COLOMBIA (d). Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1268 de 25 de abril de 2017. Por medio de la cual se adoptan criterios para la afiliación de oficio de las personas que cumplen los requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado y rehúsan afiliarse. *Diario Oficial*. Bogotá, 25 abr. 2017.

COLOMBIA (e). Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2063 de 09 de junio de 2017. Por la cual se adopta la Política de Participación Social en Salud (PPSS). *Diario Oficial*. Bogotá, 09 jun. 2017.

COLOMBIA (a). Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1885 de 10 de mayo de 2018. Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá, 10 mayo. 2018.

COLOMBIA (b). Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2438 de 12 de junio de 2018. Por la cual se establece el procedimiento y los requisitos para el acceso, reporte de prescripción y suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá, 12 jun. 2018.

COLOMBIA (c). Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5871 de 28 de diciembre de 2018. Por la cual se modifica la Resolución 2438 de 2018 en relación con el plazo para la activación de las entidades territoriales en el aplicativo de prescripción MIPRES Régimen Subsidiado. *Diario Oficial*. Bogotá, 28 dic. 2018.

COLOMBIA (d). Decreto 682 de 18 de abril de 2018. Por el cual se sustituye el Capítulo 3 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud. *Diario Oficial*. Bogotá, 18 abr. 2018.

COLOMBIA (e). Procurador General de la Nación. Circular 014 de 08 de junio de 2018. Inembargabilidad de los recursos destinados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Procuraduría General de la Nación*. Bogotá, 08 jun. 2018.

COLOMBIA (a). Congreso de Colombia. Ley 1949 de 08 de enero de 2019. Por la cual se adicionan y modifican algunos artículos de las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá, 08 ene. 2019.

COLOMBIA (b). Congreso de Colombia. Ley 1955 de 25 de mayo de 2019. Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 pacto por Colombia, pacto por la equidad. *Diario Oficial*. Valledupar, 25 mayo. 2019.

COLOMBIA (c). Congreso de Colombia. Ley 1966 de 11 de julio de 2019. Por medio de la cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá, 11 jul. 2019.

COLOMBIA (d). Decreto 2106 de 22 de noviembre de 2019. Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública. *Diario Oficial*. Bogotá, 22 nov. 2019.

COLOMBIA (e). Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626 de 27 de septiembre de 2019. Por la cual se modifica la Política de Atención Integral de Salud – PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE. *Diario Oficial*. Bogotá, 27 sep. 2019.

COLOMBIA (f). Decreto 2154 de 28 de noviembre de 2019. Por el cual se establecen los términos y condiciones para la evaluación del esfuerzo fiscal de las entidades territoriales, a fin de determinar el monto de la cofinanciación de la Nación de que trata el artículo 238 de la Ley 1955 de 2019, y las reglas para el giro respectivo. *Diario Oficial*. Bogotá, 28 nov. 2019.

COLOMBIA (g). Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3539 de 31 de diciembre de 2019. Por la cual se adopta el instrumento para que las entidades responsables del aseguramiento en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, reporten los servicios y tecnologías en salud ordenados por el médico tratante, que sean negados y se modifica la Resolución 256 de 2016. *Diario Oficial*. Bogotá, 31 dic. 2019.

COLOMBIA (a). Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos. Circular 10 de 27 de enero de 2020. Por la cual se unifica y se adiciona el listado de los medicamentos sujetos al régimen de control directo de precios, se fija su Precio Máximo de Venta, se actualiza el precio de algunos medicamentos conforme al índice de Precios al Consumidor - IPC y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá, 27 ene. 2020.

COLOMBIA (b). Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 385 de 12 de marzo de 2020. Por la cual se declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus. *Diario Oficial*. Bogotá, 12 mar. 2020.

COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema Integrado de Información de la Protección Social - SISPRO. *¿Que es MIPRES?* Disponible en: <https://www.sispro.gov.co/central-prestadores-de-servicios/Pages/MIPRES.aspx>. Acceso em 30 de jul. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA - CNJ. *Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução*. Brasília: Insper: CNJ, 2019.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA - CNJ. *Judicialização e saúde: ações para acesso à saúde pública de qualidade*. Brasília: CNJ, 2021.

CONILL, E. M. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G. V. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M. *et al.* (Org.). 2.ed. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: HUCITEC, 2012, p.563-614.

CONILL, E. M.; FREIRE, J.; GIOVANELLA, L. Desafios para a consolidação dos sistemas de saúde ibero-americanos: temáticas que a análise comparada permite circunscrever. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.6, p. 2670, jun. 2011.

CONILL, E. M.; MENDONÇA, M. H.; SILVA, R. A. P. R. *et al.* Organização dos Serviços de Saúde: A Comparação como Contribuição. *Cadernos de Saúde Pública*, v.7, n.3, p. 328-46, jul./set. 1991.

CONILL, E. M.; XAVIER, D. R.; PIOLA, S. F. *et al.* Determinantes sociais, condicionantes e desempenho dos serviços de saúde em países da América Latina, Portugal e Espanha. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.23, n.7, p.2171-2185, 2018.

CORRÊA, D. S. Fusões, aquisições e privatizações na década de 1990: o caso brasileiro. *Revista Geografia e Pesquisa*, v.3, n.2, 1-27, 2009.

CORREIA, S.; LUCK, S.; VERNER, E. Pandemics Depress the Economy, Public Health Interventions Do Not: Evidence from the 1918 Flu. *SSRN*, June, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3561560>>. Acesso em 06 de jul. 2020.

COSTA, A. M.; RIZZOTTO, M. L. F. Uma aposta pelo Brasil. *Saúde em Debate*, v. 41, n.113, p. 345-8, 2017.

COURTIS, C. Judicial enforcement of social rights: perspectives from Latin America. In: GARGARELLA, R.; DOMINGO, P.; ROUX, T. (Ed.). *Courts and Social Transformation in New Democracies*. An institutional voice for the poor? Hampshire: Ashgate, 2006. p.169-184.

DALLARI, S. G. Direito Sanitário. In: ARANHA, M. I. (org.). *Direito Sanitário e Saúde Pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p.39-61.

DALLARI, S. G. Direito Sanitário: Fundamentos, Teoria e Efetivação. In: AITH, Fernando, *et al.* *Direito Sanitário - Saúde e Direito, um diálogo possível*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010. p.43-71.

DARIO, D. M. A Legitimidade da Política de Segurança Democrática e a Doutrina de Segurança Nacional na Colômbia. *Contexto Internacional*, v.32, n.2, jul./dez. 2010.

DAVID, R. *Os grandes sistemas do direito contemporâneo*. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *La tutela y el derecho a la salud: causas de la tutela en salud*. Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2004.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *La tutela y el derecho a la salud: período 2003-2005*. Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2007.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *La tutela y el derecho a la salud: período 2006-2008*. Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2009.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *La tutela y el derecho a la salud 2009*. Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2010.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *La tutela y el derecho a la salud 2010*. Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2011.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *La tutela y el derecho a la salud 2011. 20 Años 1992 – 2011*. Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2012.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *La tutela y el derecho a la salud 2012*. Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2013.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2013*. Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2014.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2014*. Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2015.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2015*. Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2016.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *La tutela y el derecho a la salud 2016*. Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2017.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *La Tutela: Los Derechos a la Salud y la Seguridad Social en Colombia 2017*. Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2018.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2018*. Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2019.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *La tutela y los derechos a la salud y la seguridad social 2019*. Delegada para el Derecho a la Salud y la Seguridad Social. Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2020

DE NEGRI FILHO, A. La construcción de alternativas políticas en pro del derecho integral a la salud. Bases Conceptuales del ejercicio en la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá 2004-2005. *Investigaciones en Seguridad Social y Salud*, v.8, 35-62, 2006.

DELDUQUE, M. C.; CASTRO, E. V. A Mediação Sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, v.39, n.105, p.506-513, 2015.

DÍAZ, C. G. Los derechos económicos y sociales en el nuevo constitucionalismo latinoamericano. In: CORTE CONSTITUCIONAL DE ECUADOR PARA EL PERÍODO DE TRANSICIÓN. *El nuevo constitucionalismo en América Latina*. 1.ed. Quito: Corte Constitucional del Ecuador, 2010. p.67-79.

DURANTE, V. Os cenários incertos do direito à saúde. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v.5, n.1, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2808/pdf_819>. Acesso em: 09 jul. 2019.

DWORKIN, R. Levando os direitos a sério. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

ECHEVERRY-LÓPEZ, M. E.; BORRERO-RAMÍREZ, Y. E. Protestas sociales por la salud en Colombia: la lucha por el derecho fundamental a la salud, 1994-2010. *Cadernos de Saúde Pública*, v.31, n.2, p.354-364, fev. 2015.

ESCOREL, S; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T.; GERCHMAN, S.; EDLER, F. C. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. [Livro eletrônico]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

ESPING-ANDERSEN, G. The Three Political Economies of the Welfare State. In: ESPING-ANDERSEN, G. *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton University Press: Princeton, 1990. p.9-34.

ESPITIA, J.; FERRARI, C.; GONZÁLEZ, J. I. *et al.* El gasto público en Colombia reflexiones y propuestas. *Revista de Economía Institucional*, v.21, n.40, p.291-326, ene./jun. 2019.

EVANS, P. B.; RUESCHEMEYER, D.; SKOCPOL, T. *On the road toward a more adequate understanding of the State*. In: EVANS, P.; RUESCHEMEYER, D.; SKOCPOL, T. (Eds.). *Bringing the state back in*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985. p. 347 a 366.

FAGNANI, E. Ajuste econômico e financiamento da política social brasileira: notas sobre o período 1993/98. *Economia e Sociedade*, v.8, n.2, p.155-178, dez. 1999.

FAIRCLOUGH, N. *Discurso e Mudança Social*. 2.ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2016.

FALLAS, R. A. N. El derecho fundamental a la seguridad social, papel del estado y principios que informan la política estatal en seguridad social. *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*, v. 10, n.1 p. 13-18, jan. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592002000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jul. 2019.

FEREJOHN, J. Judicializing politics, politicizing law. *Law and Contemporary Problems*, v.65, n.3, p.41-68, 2002.

FERRAZ, O. L. M. Brazil-Health inequalities, rights, and courts: the social impact of the judicialization of health. In: YAMIN, A. E.; GLOPPEN, S. *Litigating health rights: Can courts bring more justice to health?* Cambridge: Harvard University Press, 2011. p.76-102.

FIGUEIREDO, J. O.; PRADO, N. M. B. L.; MEDINA, M. G. *et al.* Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. *Saúde em Debate*, v.42, número especial 2, p.37-47, out. 2018.

FILGUEIRAS, L. O neoliberalismo no Brasil: estrutura, dinâmica e ajuste do modelo econômico. In: BASUALDO, E. M.; ARCEO, E. *Neoliberalismo y sectores dominantes. Tendencias globales y experiencias nacionales.* Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2006. p.179-206.

FLEURY, S.; OUVÉRY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. *et al.* (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p.25-58.

FLEURY, S. Desigualdades injustas: o contra direito à saúde. *Psicologia & Sociedade*, v. 23, n. spe., p.45-52, 2011.

FLEURY, S. Judicialização pode salvar o SUS. *Saúde em Debate*, v.36, n.93, p.159-162, abr./jun. 2012.

FLEURY, S. M. Revisitar a teoria e a utopia da reforma sanitária. In: FLEURY, S. (Org.). *Teoria da Reforma Sanitária: Diálogos Críticos.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p.31-84.

FLEURY, S. M.; PINHO, C. E. S. Liquefação da rede de proteção social no Brasil autoritário. *Revista Katálysis*, v.21, n.1, p.14-42, jan./abr. 2018.

FLICK, U. Posturas teóricas subjacentes à pesquisa qualitativa. In: FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa.* 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p.68-82.

FRANCO, S. Dos derechos al revés: reflexiones sobre los derechos a la vida y a la paz en el mundo actual. *Salud Colectiva*, Buenos aires, v.3, n.3, p.315-323, sep./dic. 2007.

FUHRMANN, I. R. Direito fundamental à saúde na Colômbia: perspectivas constitucionais a partir da jurisprudência da corte constitucional da República da Colômbia. *Redes – Revista Eletrônica Direito e Sociedade*, v.4, n.2, p.147-164, 2016.

FUNCIA, F. R. Implicações da Emenda Constitucional n. 86/2015 para o processo de financiamento do Sistema Único de Saúde. *Revista Consensus*, n.15, abr.-maio-jun. 2015. Disponível em: < <https://www.conass.org.br/consensus/implicacoes-da-emenda->

constitucional-n-862015-para-o-processo-de-financiamento-sistema-unico-de-saude/>. Acesso em 24 jan. 2023.

FUNCIA, F. R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.24, n.12, p.4405-4414, 2019.

GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.8, n.2, p.521-535, 2003.

GALLO, C. A. Algumas considerações sobre a judicialização da política na América Latina. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, v.1, n.2, p.1-11, dez. 2009.

GARBOIS, J.A.; VARGAS, L.A.; CUNHA, F.T.S. O Direito à Saúde na Estratégia Saúde da Família: uma reflexão necessária. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v.18, n.1, p.27-44, 2008.

GARCÍA, J. B. Los retos del presente en la economía colombiana. *Economía colombiana. Análisis de coyuntura*, n.1, p.1-24, nov. 2015.

GARCÍA CRUZ, G. A. Informalidad regional en Colombia. Evidencia y determinantes. Desarrollo y sociedad. *Revista Desarrollo y Sociedad*, n.61, p. 43-86, jan. 2008.

GARCÍA VILLEGAS, M.; REBODELLO, J. R. Introducción. In: REBODELLO, J. R.; GARCÍA VILLEGAS, M. (Dir.). *El Estado en la periferia*. Historias locales de debilidad institucional. Bogotá: Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia, 2018. p.10-24.

GARGARELLA, R. Theories of democracy, the judiciary and social rights. In: GARGARELLA, R.; DOMINGO, P.; ROUX, T. (Ed.). *Courts and Social Transformation in New Democracies*. An institutional voice for the poor? Hampshire: Ashgate, 2006. p.13-34.

GARGARELLA, R. *Latin American Constitutionalism, 1810 – 2010*. The Engine Room of the Constitution. New York: Oxford University Press, 2013.

GARGARELLA, R. Presidencialismo versus direitos no novo constitucionalismo latino-americano. In: AVRITZER, L. et al. (Orgs.). *O constitucionalismo democrático latino-americano em debate: soberania, separação de poderes e sistema de direitos*. 1.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2017. p.43-75.

GARGARELLA, R.; COURTIS, C. *El nuevo constitucionalismo latinoamericano: promesas e interrogantes*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2009.

GARRAFA, V.; OSELKA, G.; DINIZ, D. Saúde pública, bioética e equidade. In: *V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e V Congresso Paulista de Saúde Pública*, 1997, Águas de Lindóia. ABRASCO. Águas de Lindóia: ABRASCO, 1997. p.59-67.

GIMÉNEZ, F. P. Justicia constitucional y protección de derechos en América Latina: el debate sobre la regionalización del activismo. In: RODRÍGUEZ-GARAVITO, C. (Coord.). *El derecho en América Latina: un mapa para el pensamiento jurídico del siglo XXI*. 1.ed. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, 2011. p.231-250.

GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F.; ROMERO, R. V. *et al.* Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde e Debate*, v.39, n.105, p.300-322, abr./jun. 2015.

GIOVANELLA, L.; MENDOZA-RUIZ, A.; PILAR, A. C. A. *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias, *Ciência & Saúde Coletiva*, v.23, n.6, p. 1763-1776, 2018.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; BUSS, P. M. *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cadernos de Saúde Pública*, v.35, n.3, p.1-6, 2019.

GIOVANELLA, L.; STEGMÜLLER, K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. *Cadernos de Saúde Pública*, v.30, n.11, p.1-19, nov. 2014.

GLOPPEN, S. Courts and social transformation: an analytical framework. In: GARGARELLA, R.; DOMINGO, P.; ROUX, T. (Ed.). *Courts and Social Transformation in New Democracies*. An institutional voice for the poor? Hampshire: Ashgate, 2006. p.35-59.

GOMES, D. F.; SOUZA, C. R.; SILVA, F. L. *et al.* (b) Judicialização da saúde e a audiência pública convocada pelo Supremo Tribunal Federal em 2009: o que mudou de lá para cá? *Saúde em Debate*, v.38, n.100, p.139-156, jan./mar. 2014.

GOMES, F. F. C.; CHERCHIGLIA, M. L.; MACHADO, C. D. *et al.* (a) Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. *Cadernos de Saúde Pública*, v.30, n. 1, p.31-43, jan. 2014.

GÓMEZ-CAMELO, D. Análisis Comparado de los Sistemas de Salud de la Región Andina y El Caribe. *Revista de Salud Pública*, v.7, n.3, p.305-16, nov. 2005.

GÓMEZ-CEBALLOS, D. A.; CRAVEIRO, I. M. R.; GONÇALVES, L. A. P. A importância da judicialização da saúde na garantia do direito à saúde em Medellín – Colômbia. In: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. (Orgs.). *Coletânea direito à saúde: institucionalização*. Brasília: CONASS, p.82-93, 2018.

GONÇALVES, L. M. O direito fundamental social à saúde: do biopoder às audiências públicas de saúde como instrumento da democracia deliberativa. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Direito do Sul de Minas, 2012.

GONZÁLEZ, J. E. V.; GÓMEZ, A. S. Descentralización de los servicios de educación y salud en Colombia. *Coyuntura Social*, n.16, mayo, 1997.

GOULART, C. S. Sociedade e Estado. In: ROCHA, L. S. (org.). *Teoria do Direito e do Estado*. Porto Alegre: Sergio Antônio Fabris Editor. 1994. p.25-38.

GRIJALVA, A. Novo constitucionalismo, ativismo e independência judicial. In: AVRITZER, L. et al. (Orgs.). *O constitucionalismo democrático latino-americano em debate: soberania, separação de poderes e sistema de direitos*. 1.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2017. p.119-134.

GRILLO, V. A. A teoria da separação de poderes e a hegemonia do poder executivo. In: ROCHA, L. S. (org.). *Teoria do Direito e do Estado*. Porto Alegre: Sergio Antônio Fabris Editor. 1994. p.113-120.

GUARNICA, A. V. M. O Vazio em Tempos Trágicos: notas sobre políticas públicas no Brasil atual. *Bolema*, v.36, n.72, p.iv-xx, abr. 2022.

GUERRERO, R.; GALLEGO, A.I.; BECERRIL-MONTEKIO, V. *et al.* Sistema de salud de Colombia. *Salud Pública de México*, v.53, Supl.2, p.S144-S155, 2011.

HALL, P. A.; TAYLOR, R. C. R. Political Science and the Three New Institutionalisms. *Political Studies*, v. 44, n. 5, p.936-957, 1996.

HARTMANN, C. 2016, Postneoliberal Public Health Care Reforms: Neoliberalism, Social Medicine, and Persistent Health Inequalities in Latin America. *American Journal of Public Health*, v.106, n.12, p. 2145–2151. Dec. 2016.

HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde coletiva*, v.25, n.4, p.1189-1196, 2020.

HEREDIA, N.; LAURELL, A. C.; FEO, O. *et al.* The right to health: what model for Latin America? *Lancet*, v.385, n.9975, p.34-7, 2015.

HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, M. El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América latina. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, v.19, n.1, p.57-70, ene./jun. 2001.

HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, M. *Colombia: modelo de “cobertura universal en salud”*. Rio de Janeiro: CEBES, 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2014/12/mario-hernandez-alvarez-analisa-o-modelo-de-cobertura-universal-em-saude-colombiano/>>. Acesso em: 06 de set. de 2017.

HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, M. *Un sistema universal para enfrentar la crisis de la salud*. Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud (ANSA). Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760/08 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social (CSR). [2013?]. Disponível em: <https://viva.org.co/attachments/article/222/Texto_de_radificacion_Mario_Hernandez.pdf>. Acesso em 01. jul. 2022.

HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, M.; ESLAVA-CASTAÑEDA, J. C.; HENAO-KAFFURE, L. *et al.* Universal health coverage and capital accumulation: a relationship unveiled by the critical political economy approach. *International Journal of Public Health*, v.65, n.7, p.995-1001, Sep. 2020.

HIRSCHL, R. Constitutionalism, Judicial Review, and Progressive Change: A Rejoinder to McClain and Fleming, *Texas Law Review*, v.84, n.471, p.485-502, 2005.

HIRSCHL, R. The New Constitutionalism and the Judicialization of Pure Politics Worldwide. *Fordham Law Review*, v.75, n.2, p.721-753, 2006.

HOFFMANN, F. F.; BENTES, F. R. N. M. Accountability for Social and Economic Rights in Brazil. In: GAURI, V.; BRINKS, D. M. (Eds.). *Courting Social Justice*. Judicial enforcement of social and economic rights in the developing world. New York: Cambridge University Press, 2008. p.100-145.

HOGERZEIL, H.V.; SAMSON, M.; CASANOVAS, J. V.; RAHMANI-OCORA, L. Is access to essential medicines as part of the fulfillment of the right to health enforceable through the courts? *Lancet*, n. 368, p. 305–311, 2006.

HOLST, J.; GIOVANELLA, L.; LINS DE ANDRADE, G. C. Porque não instituir copagamento no Sistema Único de Saúde: efeitos nocivos para o acesso a serviços e a saúde dos cidadãos. *Saúde em Debate*, v. 40, n. especial, p.213-26, 2016.

HOMEDES, N.; UGALDE, A. Reformas de salud y equidad en América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.6, p.2686-2696, 2011.

HOPKINS, S. Economic stability and health status: Evidence from East Asia before and after the 1990s economic crisis. *Health Policy*, v.75, p.347–357, 2006.

HORTALE, V.A.; CONILL, E.M.; PEDROZA, M. Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v.15, n.1, p.79-88, 1999.

IBARRA, J. P. S. Sistema jurídico colombiano, ordenamiento legal y orden jurídico prevalente. *Revista Academia & Derecho*, v.6, n.4, p.155-172, 2013.

IMMERGUT, E. M. Institutional constrains on policy. In: GOODIN, R. E.; REIN, M.; MORAN, M. (Eds.). *The Oxford Handbook of Public Policy*. Oxford: Oxford University Press, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. (a) *Áreas Territoriais*. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html?=&t=o-que-e>. Acesso em 16 dez. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. (b). *Divisão político-administrativa e regional*. Disponível em: <<https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/territorio/18310-divisao-politico-administrativa-e-regional.html>>. Acesso em 16 dez. 2022.

INSTITUTO GEOGRÁFICO AGUSTÍN CODAZZI - IGAC. (a) Notas Geográficas. Disponível em: <http://www2.igac.gov.co/ninos/faqs_user/faqs.jsp?id_categoria=2>. Acesso em 22 nov. 2021.

INSTITUTO GEOGRÁFICO AGUSTÍN CODAZZI - IGAC. (b) Mapas Nacionales. Disponível em: <<https://geoportal.igac.gov.co/contenido/mapas-nacionales>>. Acesso em 22 nov. 2021.

INTERNAL DISPLACEMENT MONITORING CENTRE – IDMC. Internal Displacement. Global Overview of Trends and Developments in 2007. Geneva: IDMC, 2008.

ITURRALDE, M. Access to constitutional justice in Colombia: opportunities and challenges for social and political change. In: MALDONADO, D. B. (Ed.). *Constitutionalism of the global South: the activist tribunals of India, South Africa, and Colombia*. New York: Cambridge University Press, 2013. p.361-402.

JUNGES, J. R. Direito à saúde, biopoder e bioética. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.13, n.29, p.285-95, abr./jun. 2009.

KROC INSTITUTE FOR INTERNATIONAL PEACE STUDIES. *State of Implementation of the Colombia Peace Agreement*. December 2016-May 2018. Report Two. Bogotá: University of Notre Dame, 2018.

LABRA, M. E.; BUSS, P. M. Introdução. In: BUSS, P. M.; LABRA, M. E. (Orgs.) *Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças*. Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos, México e Québec. São Paulo-Rio de Janeiro: Editora Hucitec-Editora Fiocruz, 1995. p.9-28.

LANDAU, D.; LÓPEZ-MURCIA, J. D. Political institutions and judicial role: an approach in context, the case of the Colombian Constitutional Court. *Universitas*, Bogotá, n.119, p.55-92, jul./dic. 2009.

LANGFORD, M. Judicialização dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais no Âmbito Nacional: uma Análise Socio-Jurídica. *SUR - Revista Internacional de Direitos Humanos*, v.6, n.11, p.99-133, dez. 2009.

LIMA, E. V. D. *O devido processo legal coletivo: representação, participação e efetividade da tutela jurisdicional*. Tese (doutorado) – Faculdade de Direito, Universidade Federal do Paraná, 2015.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T.;

GERCHMAN, S.; EDLER, F. C. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. [Livro eletrônico]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LONDOÑO; J. L.; FRENK, J. *Pluralismo estruturado: hacia un modelo innovador para la Reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo, 1997.

LOPES, J. R. L. Uma introdução à história social e política do processo. In: WOLKMER, A. C. (org.). *Fundamentos de história do direito*. 7.ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2012. p.507-542.

LOPES, L. M. N.; ACURCIO, F. A.; DINIZ, S. D. *et al.* (Un)Equitable distribution of health resources and the judicialization of healthcare: 10 years of experience in Brazil. *International Journal for Equity in Health*, v.18, n.10, p.1-8, 2019.

LÓPEZ DAZA, G. A. El juez constitucional colombiano como legislador positivo: ¿Un gobierno de los jueces? *Revista Mexicana de Derecho Constitucional*, n.24, p.169-193, ene./jun. 2011.

LÓPEZ, M. U; S. V. ZAPATA. La Cuestión Rural y la Construcción de Paz en Colombia. *Cuadernos de trabajo en Gobierno y Ciencias Políticas*, n.2, 2016.

LUCIANO, C. S.; CORREA, P. B. A fome como projeto político da burguesia antinacional brasileira. *Revista Katálysis*, v.25, n.3, p.478-487, set.-dez. 2022.

MACHADO, F. R. S. O Direito à Saúde na interface entre sociedade civil e Estado. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 7 n. 2, p. 355-371, jul./out. 2009.

MACHADO, F. R. S.; DAIN, S. A Audiência Pública da Saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*, v. 46, n.4, p.1017-1036, jul./ago. 2012.

MACHADO, T. R. C. Judicialização da saúde: analisando a audiência pública no Supremo Tribunal Federal. *Revista Bioética*, v.22, n.3, p.561-568, 2014.

MAGALHÃES, R. Desigualdades sociais e equidade em saúde. *Saúde e Direitos Humanos*, v.1, n.1, p. 61-67, 2004.

MAGGIO, M. P.; DALLARI, S. G. A efetivação jurídico-política do direito à saúde no Supremo Tribunal Federal: a referência paradigmática da SL 47-AGR/PE. *Revista de Direito Sanitário*, v.17, n. 3, p.58-76, nov.2016/fev. 2017.

MAILLART, A.S.; COUTO, M. B. Artigo 2º. In: BALERA, W.; SILVEIRA, V. O. (Coord.); COUTO, M. B. (Org.). *Comentários ao Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*. Curitiba: Clássica, 2013. p.39-53.

MANN, J. M.; GOSTIN, L.; GRUSKIN, S. *et al.* Health and human rights. *Health and Human Rights*, v.1, n.1, p. 6-23, 1994.`

MARÍN, G. M.; CAMPIÑO, S. A. J.; TEJADA, C. M. R. *et al.* Acciones de tutela sobre el derecho a la salud en el municipio de Leticia, Amazonas, 2004-2008. *Iatreia*, v.23, n.4, p.335-343, dic.2010-feb. 2011.

MARMOR, T. R.; FREEMAN, R.; OKMA, K. G. H. *Comparative studies and politics of modern medical care*. London: Yale Press University; 2009.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. N. Estado e saúde: a posição das agências internacionais e a experiência brasileira recente. *Indicadores Econômicos FEE*, v.29, n.4, p.272-289, fev. 2002.

MARTÍNEZ, A. La Comisión de Regulación en Salud: crónica de un final anunciado. *Revista de Salud Pública*, v.14, n.4, p.626-635, ago. 2015.

MARSHALL, T. H. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MELO, J. O. *Historia mínima de Colombia*. 1a. ed. El Colegio de México/Editorial Turner: Ciudad de México, 2017. (Colección Historias Mínimas).

MELO, O. F. Política Jurídica: uma proposta teórica. In: ROCHA, L. S. (org.). *Teoria do Direito e do Estado*. Porto Alegre: Sergio Antônio Fabris Editor, 1994. p.107-112.

MENICUCCI, T. M. G. Os argumentos analíticos: a perspectiva histórica e institucional. In: MENICUCCI, T. M.G. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p.21-56.

MERHY, E. Saúde e Direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. *Saúde e Sociedade*, v.21, n.2, p.267-279, 2012.

MENY, I.; THOENIG, J.C. La dimensión comparativa de las políticas públicas. In: MENY, I.; THOENIG, J.C. *Las políticas públicas*, Barcelona: Editorial Ariel S. A. 1992. p. 223-44.

MESA CALLEJAS, R. J.; GONZÁLEZ HENAO, J.; AGUIRRE BOTERO, Y. C. Se “esfumó” el crecimiento económico colombiano en 2009: análisis de la coyuntura y perspectivas 2010. *Perfil de Coyuntura Económica*, n.14, p.69-111, dic. 2009.

MESA CALLEJAS, R. J.; LÓPEZ GONZALEZ, M.; RODRÍGUEZ VALENCIA, A. Política económica y contexto macroeconómico colombiano y mundial (2010-2011): Análisis y perspectivas. *Perfil de Coyuntura Económica*, n.16, p.9-43, dic. 2010.

MEYER-PFLUG, S. R.; LISBOA, R. S. Artigo 1º. In: BALERA, W.; SILVEIRA, V. O. (coord.); COUTO, M. B. (org.). *Comentários ao Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*. Curitiba: Clássica, 2013. p.27-37.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOLINA, G. M. Rol de los partidos políticos en la provisión de servicios de salud, Colombia 2007-2008. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, v.27, n.1, ene./abr. 2009.

MOLINARES, V. Reconceptualización del derecho a la libertad y seguridad personal: Análisis de la sentencia T-719/2003. *Revista de Derecho*, n.41, p.172-210, 2014.

MONTEALEGRE, E. L. *La Constitución de 1991 y la crisis de la salud: encrucijadas y salidas*. Bogotá: Ediciones Uniandes, 2011.

MORAES, R. M.; SANTOS, M. A. B.; WERNECK, H. F. *et al.* Gastos das famílias com planos de saúde no Brasil e comprometimento da renda domiciliar: uma análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares (2017/2018). *Cadernos de Saúde Pública*, v.38, n.3, p.1-14, 2022.

MORAIS, H. M. M.; ALBUQUERQUE, M. S. V.; OLIVEIRA, R. S. *et al.* Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.34, n.1, e00194916, 2018.

MORAIS, L.; SAAD-FILHO, A. Da economia política à política econômica: o novo-desenvolvimentismo e o governo Lula. *Revista de Economia Política*, v.31, n.4, p.507-527, out.-dez. 2011.

MORENO, J. R. La Emergencia Social en Salud: de las contingencias regulatorias a la desilusión ciudadana. *Revista gerencia y políticas de salud*, v.9, Supl.18, p.124-143, ene./jun. 2010.

MORENO MANCERA, J. D. Relaciones cívico-militares en Colombia: supremacía y control de los partidos políticos sobre la organización militar. *Revista Científica General José María Córdova*, v.12, n.13, p.333-352, ene./junio, 2014.

MORLINO, L. Problemas y opciones en la comparación. In: SARTORI, G.; MORLINO, L. (Ed.). *La comparación en las Ciencias Sociales*. Madrid: Alianza Editoria, 1994. p.13-28.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v.42, n. 116, p.11-24, jan./mar. 2018.

MOUTINHO, D. V.; DALLARI, S. G. Financiamento do direito à saúde e novo regime fiscal: a inconstitucionalidade do artigo 110 do ato das disposições constitucionais transitórias. *Revista de Direito Sanitário*, v.19, n.3, p.68-90, nov.2018/fev. 2019.

NÁRDIZ, A. R. Participación ciudadana e interpretación de la constitución: análisis de la jurisprudencia de la Corte Constitucional colombiana en materia de democracia participativa. *Revista IUS*, v.10, n.37, p.171-192, 2016.

NOBRE, M.; RODRIGUEZ, J. R. Judicialização da política: déficits explicativos e bloqueios normativistas. *Novos Estudos CEBRAP*, s/v, n.91, p.5-20, nov. 2011.

NOGUEIRA, V. M. R.; PIRES, D. E. P. Direito à saúde: um convite à reflexão. *Cadernos de Saúde Pública*, v.20, n.3, p. 753-760, mai./jun. 2004.

NOLTE, D.; SCHILLING-VACAFLO, A. Introduction: The Times they are a Changin': Constitutional Transformations in Latin America since 1990s. In: NOLTE, D.; SCHILLING-VACAFLO, A. (Ed.). *New constitutionalism in Latin America: promises and practices*. Farnham: Ashgate, 2012. p.3-30

NORONHA, J. C. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cadernos de Saúde Pública*, v.29, n.5, p.847-849, maio, 2013.

NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.6, n.2, p.445-450, 2001.

NOVAES, H. M. D.; SOÁREZ, P. C. Organizações de avaliação de tecnologias em saúde (ATS): dimensões do arcabouço institucional e político. *Cadernos de Saúde Pública*, v.32, Sup 2, S1-16, 2016.

NUMPAQUE-ARCILA, G. A.; ORDÓÑEZ, M. A. R.; ARDILA, Y. Y. V. *et al. La salud en el conflicto colombiano*. Impactos en la salud en la población víctima del conflicto en los territorios de la cuenca del Atrato Medio (Bojayá, Chocó), área de manejo especial de La Macarena (Meta) y resguardos del pueblo Awá (Ricaurte y Tumaco, Nariño). Bogotá: Médicos del Mundo Francia – Colombia; Doctorado en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia y la Red SaludPaz, 2021.

NYGREN-KRUG, H. Saúde e direitos humanos na Organização Mundial da Saúde. *Saúde e Direitos Humanos*, v.1, n.1, p.13-18, 2004.

OCKÉ-REIS, C. O. Desafios da reforma sanitária na atual conjuntura histórica. *Saúde em Debate*, v.41, n.113, p.365-371, abr./jun., 2017.

OCKÉ-REIS, C. O. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.23, n.6, p.2035-2042, 2018.

O'DONNELL, G. Transições, continuidades e alguns paradoxos. In: REIS, F. W.; O'DONNELL, G. (Org.). *A democracia no Brasil: dilemas e perspectivas*. São Paulo: Vértice, Editora Revista dos Tribunais, 1988. p.41-71.

OLAYA, M. A. El bloque de constitucionalidad en la jurisprudencia de la Corte Constitucional colombiana, *Precedente - Anuario jurídico*, p.79-102, 2004.

OLIVEIRA, A. L.; CONTE. L. N. C. O Conselho Nacional de Saúde e a luta do financiamento. In: NASCIMENTO, C. F.; BITENCOURT, R. R.; CONTE L. N. C. (org.). *O Financiamento do SUS: uma luta do controle social*. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2021. p. 21-29.

OLIVEIRA, A. N. C.; Neoliberalismo durável: o Consenso de Washington na Onda Rosa Latino-Americana. *Opinião Pública*, v.26, n.1, p.158-192, jan./abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Paris: Assembleia Geral das Nações Unidas, 1948.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. *Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*. New York: Assembleia Geral das Nações Unidas, 1966.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. *Declaração e Programa de Ação de Viena*. Viena: Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, 1993.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *Observación general 14*. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12). Ginebra: ONU, 2000.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. *Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*. Ginebra: ONU, 2015.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS – OEA. *Convenção Americana de Direitos Humanos*. San José: OEA, 1969.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS – OEA. *Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*. San Salvador: OEA, 1988.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. *Constituição da Organização Mundial da Saúde*. New York: Conferência Internacional da Saúde, 1946.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. *Declaração de Alma-Ata*. Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. *Relatório Mundial da Saúde, Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal*. Ginebra: Organização Mundial de Saúde, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. *Declaração de Astana*. Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde: de Alma-Ata rumo à cobertura universal de saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, 2018.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DA SAÚDE – OPAS. *Derechos humanos y derechos a la salud: construyendo ciudadanía en salud*. Lima: OPAS, 2005. (Cuadernos de Promoción de la Salud; 16)

OVÍDIO, F. Aspectos do Direito Comparado. *Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo*, v.79, p.161-180, 1984.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. *Princípios de Bioestatística*. São Paulo: Thomson Learning, 2006.

PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica* [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>. Acesso em 10 dez. 2022.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, v.29, n.10, p.1927-1953, out. 2013.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.23, n.6, p.1723-1728, 2018.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION – PAHO. Colombia. Country Volume. In: *Health in the Americas: 2012 Edition. Regional Overview and Country Profiles*. Washington: PAHO, 2012. p.204-222.

PASTOR, R. V.; DALMAU, R. M. Aspectos generales del nuevo constitucionalismo latinoamericano. In: CORTE CONSTITUCIONAL DE ECUADOR PARA EL PERÍODO DE TRANSICIÓN. *El nuevo constitucionalismo en América Latina*. 1.ed. Quito: Corte Constitucional del Ecuador, 2010. p. 9-43.

PAULA, P. A. B.; ALVES, T. N. P.; VIEIRA, R. C. P. A.; SOUZA, A. I. S. Política de medicamentos: da universalidade de direitos aos limites da operacionalidade. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v.19, n. 4, p. 1111-1125, 2009.

PAUTASSI, L. Access to justice in health matters: an analysis based on the monitoring mechanisms of the Inter-American System. *Health and Human Rights Journal*, v.20, n.1, p. 185-197, June, 2018.

PEREIRA, A. M. M.; CASTRO, A. L. B.; OVIEDO, R. A. 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.482-99, 2012.

PEREIRA, J. M. M. Banco Mundial, reforma dos Estados e ajuste das políticas sociais na América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, n.23, v.7, p.2187-2196, 2018.

PERES, U. D.; SANTOS, F. P. Orçamento Federal: avanços e contradições na redução da desigualdade social (1995-2016). In: ARRETCHE, M.; MARQUES, E.; FARIA, C. A. P. (orgs.). *As políticas da política: desigualdades e inclusão nos governos do PSDB e do PT*. São Paulo: Editora Unesp, 2019. p.103-132.

PÉREZ, A. P.; CEBALLOS, G. S.; GRANADOS, M. G. Nueva visión sobre la burocracia. In: ESCOBAR, C. O.; SALAMANCA, L. J. G. (dir.) *Colombia: entre la exclusión y el desarrollo. Propuestas para la transición al Estado Social de Derecho*. Bogotá: Contraloría General de la República/Alfaomega Colombiana S.A., 2002. p.473-501.

PIERSON, P. When Effect Becomes Cause: Policy Feedback and Political Change. *World Politics*, v. 45, n. 4, p. 595-628, Jul. 1993.

PIERSON, P. *Dismantling the welfare state?: Reagan, Thatcher, and the politics of retrenchment*. Cambridge University Press, 1994.

PIERSON, P.; SKOCPOL, T. El institucionalismo histórico en la ciencia política contemporánea. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, v.17, n.1, p. 7-38, dic, 2008.

PINHO, C. E. S. Ascensão e ocaso do governo Dilma Rousseff à luz das capacidades do Estado brasileiro: usurpação democrática e corrosão do Estado de bem-estar social (2011-2016). In: CARDOSO JÚNIOR, J. C.; CERQUEIRA, B. S.; PINHO, C. E. S. *et al.* (Orgs.) *Planejamento governamental e finanças públicas no Brasil contemporâneo: perspectivas críticas ao financiamento do desenvolvimento no século XXI*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2017. p.25-79.

PIOVESAN, F. Ações afirmativas da perspectiva dos Direitos Humanos. *Cadernos de Pesquisa*, v. 35, n. 124, p.43-55, jan./abr. 2005.

PIOVESAN, F. *Direitos Humanos e Justiça Internacional: um estudo comparativo dos sistemas regionais europeu, interamericano e africano*. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

PISARELLO, G. El constitucionalismo neoliberal y su crisis: entre la stasis y la regeneración. In: PISARELLO, G. *Un largo termidor: historia y crítica del constitucionalismo antidemocrático*. 1.reimp. Quito: Corte Constitucional para el Período de Transición, 2012.

PISARELLO, G. Los nuevos procesos constituyentes democratizadores. In: PISARELLO, G. *Procesos constituyentes: Caminos para la ruptura democrática*. Madrid: Editorial Trotta, 2014. p.107-134.

PRIETO-RÍOS, E. A. BIT y la Constitución colombiana de 1991: internacionalización de la economía dentro de un Estado Social de Derecho. *Revista Estudios Socio-Jurídicos*, v.13, n.1, p.109-143, 2011.

PORTERO, D. C. A aproximação entre os grandes sistemas do direito contemporâneo. *Revista Jurídica Luso-Brasileira*, Ano 4, n.6, p.1705-1740, 2018.

PORTILLO, S. P. La Defensoría del Pueblo. *Revista Derecho del Estado*, n.21, p.109-119, dic. 2008.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD. *Relatório do Desenvolvimento Humano 2014*. Sustentar o Progresso Humano: Reduzir as Vulnerabilidades e Reforçar a Resilência. Nova York: PNUD, 2014.

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO - PNUD. *Informe sobre Desarrollo Humano 2015*. Trabajo al servicio del desarrollo humano. Nueva York: PNUD, 2015.

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO - PNUD. *Índices e indicadores de desarrollo humano*. Actualización estadística de 2018. Nueva York: PNUD, 2018.

RAMÍREZ, E. C. Alcances del derecho a la salud en Colombia: una revisión constitucional, legal y jurisprudencial. *Revista de Derecho*, n.40, 2013.

RATHBONE, J. P. (a) Introduction: Rediscovered country. In: FINANCIAL TIMES REPORTERS. *The new Colombia*. Peace and prosperity in sight: the country comes of age. 1.ed. FT Publishing International: New Jersey, 2014.

RATHBONE, J. P. (b) The peace maker. In: FINANCIAL TIMES REPORTERS. *The new Colombia*. Peace and prosperity in sight: the country comes of age. 1.ed. FT Publishing International: New Jersey, 2014.

RAWLS, J. *Uma teoria da justiça*. 1.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

REEVES, A.; MCKEE, M.; STUCKLER, D. The attack on universal health coverage in Europe: recession, austerity and unmet needs. *European Journal of Public Health*, v.25, n.3, p.364–365, 2015.

RESTREPO, J. H.; MEJÍA, A. Equilibrio financiero y prima del seguro de salud en Colombia (UPC), 1996-2007. *Perfil de Coyuntura Económica*, n.9, p.97-116, ago. 2007.

RESTREPO-ZEA; J. H.; CASAS-BUSTAMANTE, L. P.; ESPINAL-PIEDRAHITA, J. J. Cobertura universal y acceso efectivo a los servicios de salud: ¿Qué ha pasado en Colombia después de diez años de la Sentencia T-760? *Revista de Salud Pública*, v.20, n.6, p.670-676, dic. 2018.

RÍOS-FIGUEROA, J. Institutions for Constitutional Justice in Latin America. In: HELMKE, G.; RÍOS-FIGUEROA, J. (Eds.). *Courts in Latin America*. New York: Cambridge University Press, 2011. p.27-54.

ROBINSON, M. The value of a human rights perspective in health and foreign policy. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 85, n. 3, p. 241-242, Mar. 2007.

ROJAS, H. C.; PERILLA, M. M. El derecho a la salud, el litigio y el aporte de la Corte Constitucional colombiana: una revisión sistemática de literatura. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.25, e200331, 2021.

ROSSETI, A. G.; MOGOLLÓN, O. La reforma de salud y su componente político: un análisis de factibilidad, *Gaceta Sanitaria*, v.16, n.1, p.39-47, 2002.

RUBIO, M. J. C.; HERNANDEZ, J. C.; MOYANO, M. C. Salud para todos. In: ESCOBAR, C. O.; SALAMANCA, L. J. G. Colombia: entre la exclusión y el desarrollo. Propuestas para la transición al Estado Social de Derecho. Bogotá: Contraloría General de la República/Alfaomega Colombiana S.A., 2002. p.116-145.

RUGER, J. P. Toward a Theory of a Right to Health: Capability and Incompletely Theorized Agreements. *Yale Journal of Law & the Humanities*, v. 18, n. 273, p. 273-326, 2006.

RUIZ, C. A.; ECHAVARRÍA, J. L. G. De la atención de urgencias en salud en Colombia. In: GIRALDO, L. F. G. (Comp.). *Tendencias actuales de investigación en derecho: retos y paradigmas*. Medellín: Corporación Universitaria Americana; Sello Editorial Coruniamericana, 2018. p.56-89.

SADER, E. Para onde vai o Brasil? In: CASTRO, J. A.; POCHMANN, M. *Brasil: Estado social contra a barbárie*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2020. p.157-170.

SALAMANCA, L. J. G. Estrategias, dilemas y desafíos en la transición al Estado Social de Derecho en Colombia. In: ESCOBAR, C. O.; SALAMANCA, L. J. G. (dir.) *Colombia: entre la exclusión y el desarrollo*. Propuestas para la transición al Estado Social de Derecho. Bogotá: Contraloría General de la República/Alfaomega Colombiana S.A., 2002.

SALVADOR, E. S. O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal. *Serviço Social & Sociedade*, n. 130, p.426-446, set./dez. 2017.

SANTISO, C. Economic Reform and Judicial Governance in Brazil: Balancing Independence with Accountability. In: GLOPPEN, S.; GARGARELLA, R.; SKAAR, E. (Ed). *Democratization and the Judiciary: The Accountability Function of Courts in New Democracies*. London: Frank Cass, 2004. p.117-131.

SANTOS, A. O.; DELDUQUE, M. C.; ALVES, S. M. C. Os três poderes do Estado e o financiamento do SUS: o ano de 2015. *Cadernos de Saúde Pública*, v.32, n.1, p.1-3, jan. 2016.

SANTOS, A. O.; HARTZ, Z; DELDUQUE, M. C. Pensar a lei como intervenção no processo avaliativo do direito à saúde. In: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. (Orgs.). *Coletânea Direito à Saúde: institucionalização*. Brasília: CONASS, 2018. p.308-320.

SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. O *mix* público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, n.5, p.1431-1440, 2008.

SANTOS, L.; FUNCIA, F. R. Histórico do financiamento do SUS: evidências jurídico-orçamentárias do desinteresse governamental federal sobre a garantia do direito fundamental à saúde. In: NASCIMENTO, C. F.; BITENCOURT, R. R.; CONTE L. N. C. (org.). *O Financiamento do SUS: uma luta do controle social*. 1.ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2021. p.31-43.

SANTOS JÚNIOR, L. A. Análise do acordo de paz colombiano: das reformas estruturais e políticas ao desarmamento e pacificação. *Pensata*, v.9, n.2, 2020.

SANTOS; V. J. C. F.; FERREIRA, F. P. M. Universalização da saúde: propostas e trajetórias dos sistemas de saúde do Brasil e Colômbia. *Economia e Políticas Públicas*, v. 3, n.1, 2015.

SANTOS; A. O.; MARQUES, S. B. A abordagem de aspectos jurídicos na Audiência Pública da Saúde do Supremo Tribunal Federal. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, v.3, n.3, p.1-24, out./dez. 2014.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O.Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. *Saúde e Sociedade*, v.10, n.2, p.47-74, 2001.

SCHEFFER, M. O. capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, v.31, n.4, p.663-666, abr. 2015.

SCHEFFER, M. O.; SOUZA, P. M. S. A entrada do capital estrangeiro no sistema de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.28, Supl. 2, p.1-15, 2022.

SCHIPANI, A. Security for export. Expertise gained fighting insurgents has developed into a thriving export trade. In: FINANCIAL TIMES REPORTERS. *The new Colombia. Peace and prosperity in sight: the country comes of age*. 1.ed. FT Publishing International: New Jersey, 2014.

SCHNEIDER, S.; SCHIMITT, C. J. O uso do método comparativo nas Ciências Sociais. *Cadernos de Sociologia*, v. 9, p. 49-87, 1998.

SCHULZE, C. J. A judicialização da saúde e o Conselho Nacional de Justiça. *Revista de Doutrina da 4ª Região*, n.58, fev. 2014. Disponível em: <https://revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao058/Clenio_Schulze.html>. Acesso em: 09 mar. 2020.

SENGUPTA, A. Universal Health Coverage: Beyond rhetoric. *MSP Occasional Paper*, n.20, Nov. 2013.

SILVA, J. A. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. 41. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2018. 936p.

SILVA, J. F. M.; CARVALHO, B. G.; DOMINGOS, C. M. *et al.* A relação público-privada em uma região de saúde: influências sobre a organização da oferta e da demanda de média complexidade no Sistema Único de Saúde em pequenos municípios. *Saúde e Sociedade*, v.29, n.4, e200019, 2020.

SILVA, L. C. La acción de tutela en Colombia. *IUS - Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de puebla*, Ano V, n.2 7, p.72-94, ene./jun. 2011.

SILVA, M. O. S. Pobreza, desigualdade e políticas públicas: caracterizando e problematizando a realidade brasileira. *Revista Katálysis [online]*. 2010, v. 13, n.2 p.155-163, jul.dez. 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-49802010000200002>>. Acesso em 25 mar. 2019.

SILVA, R. C. C. Possibilidades de atuação das ouvidorias públicas de saúde: um estudo de caso das demandas do Ministério Público em município de pequeno porte. *Revista de Direito Sanitário*, v. 14, n. 1, p. 60-76, mar./jun. 2013.

SILVA, V. M.; LIMA, S. M. L; TEIXEIRA, M. Organizações Sociais e Fundações Estatais de Direito Privado no Sistema Único de Saúde: relação entre o público e o privado e mecanismos de controle social. *Saúde em Debate*, v.39, n. Especial, p.145-159, 2015.

SOARES, G. F. S. O direito internacional sanitário e seus temas: apresentação de sua incômoda vizinhança. *Revista de Direito Sanitário*, v.1, n.1, p.49-88, 2000.

SOARES, J. F.; SIQUEIRA, A. L. *Introdução à estatística médica*. 2.ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2002.

SOARES, S. Bolsa Família, its design, its impacts and possibilities for the future. *Working Paper*. International Policy Centre for Inclusive Growth. United Nations Development Programme, n.89, Feb. 2012.

SOUZA, C. R.; BOTAZZO, C. Construção social da demanda em saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 23, n. 2, p. 393-413, 2013.

SOUZA, L. E. P. F.; PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. T. *et al.* Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.24, n.8, p.2783-2792, 2019.

SOUZA JÚNIOR, P. R. B.; SZWARCOWALD; C. L.; DAMACENA, G. N. *et al.* Cobertura de plano de saúde no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.26 Supl. 1, p.2529-2541, 2021

STOCKER, K.; WAITZKIN, H.; IRIART, C. The exportation of managed care to Latin America. *The New England Journal of Medicine*, v.340, n.14, p.1131-1136, Apr. 1999.

STRECK, L. L. Entre o ativismo e a judicialização da política: a difícil concretização do direito fundamental a uma decisão judicial constitucionalmente adequada. *Espaço Jurídico Journal of Law*, v.17, n.3, p.721-732, set./dez. 2016.

STUCKLER, D.; BASU, S. *The Body Economic: why austerity kills. Recessions, budget battles, and the politics of life and death.* Basic Books: New York, 2013.

TATE, C. N. Why the expansion of judicial power?. In: TATE, C. N.; VALLINDER, T. (Eds.). *The Global Expansion of Judicial Power.* New York and London: New York University Press. p.27-38, 1995.

TATE, C. N.; VALLINDER, T. The Global Expansion of Judicial Power: the judicialization of politics. In: TATE, C. N.; VALLINDER, T. (Eds.). *The Global Expansion of Judicial Power.* New York and London: New York University Press. p.1-12, 1995.

TEJADA, C. M. R.; MARÍN, G. M.; JIMÉNEZ, S. A. Características de las tutelas en salud tramitadas en Medellín, Colombia. *Investigación y Educación en Enfermería*, v. 28, n.1, p. 92-100, Mar. 2010.

THOMPSON, P. *A voz do passado: história oral.* 3. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

TORAÑO, R. G.; MONTOYA, M. C. G. La Reforma de los Sistemas de Salud en Chile y Colombia: Resultados y Balance. *Revista de Salud Pública*, v.2, n.2, p.97-120, jul. 2000.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, v.39, n.3, p.207-514, 2005.

URDANETA, M. A. La Salud en el paradigma de la Descentralización en América Latina. *Revista de Ciencias Sociales (RCS)*, v.XVI, n.3, p. 526-543, Jul./Sept. 2010.

VALENCIA ARREDONDO, M.; BORRERO-RAMÍREZ, Y. E.; PÉREZ TAMAYO, E. M. *et al.* Modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud a la luz de una sentencia de la Corte Constitucional de Colombia: una propuesta. *Revista Facultad Nacional Salud Pública*, v.27, n.3, set./dic. 2009.

VALLE, G. H. M.; CAMARGO, J. M. P. A audiência pública sobre a judicialização da saúde e seus reflexos na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal. *Revista de Direito Sanitário*, v. 11, n. 3 p.13-31, nov. 2010/fev. 2011.

VANDERPLAAT, M. Derechos Humanos: una perspectiva para a saúde pública. *Saúde e Direitos Humanos*, v.1, n.1, p. 27-33, 2004.

VARGAS-PELÁEZ, C. M.; ROVER, M. R. M.; LEITE, S. N. *et al.* Right to health, essential medicines, and lawsuits for access to medicines – A scoping study. *Social Science & Medicine*, v.121, p.48–55, Nov. 2014.

VÉLEZ-ARANGO, A. L.; GONZÁLEZ-LÓPEZ, J. R. El acceso a medicamentos y su alcance por la vía judicial: análisis comparativo Colombia- España. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, v.33, n.1, p.121-131, feb. 2015.

VELEZ, C. M. *La salud en Colombia: pasado, presente y futuro de un sistema en crisis*. Bogotá: Debate, 2016. 207p.

VENTURA, C. A. A. Health and human development: nursing and the human right to health in Brazil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 29, n. 1, p.137-142, mar. 2008.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, v.8, n.2, p.11-48, 1998.

VIANA, A. L. D; SILVA, H. P. Saúde e Sociedade: a construção da proteção social como marco essencial das políticas de saúde. In: ROCHA, J. S. Y. (org). *Manual de Saúde Pública & Saúde Coletiva no Brasil*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2014. p.1-14.

VIANA, A. L. D; SILVA, H. P. Meritocracia neoliberal e capitalismo financeiro: implicações para a proteção social e a saúde, *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 23, v. 7, p.2107-2117, 2018.

VIANNA, M. L. T. W. *A americanização (perversa) da Seguridade Social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Revan/Iuperj/Ucam, 1998.

VIEIRA, F. S. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 2, p. 365-369, 2008.

VIEIRA, F. S. *Direito à saúde no Brasil: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça*. Brasília: Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, 2020.

WEIR, M. Ideas and the politics of bounded innovation. In: STEINMO, S.; THELEN, K.; LONSTRETH, F. (Eds.). *Structuring Politics: Historical institutionalism in comparative analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. p. 188-216.

WERNECK VIANNA, L. *et al. A judicialização da política e das relações sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 1999.

WERNECK VIANNA, L.; BURGOS, M. B. Entre Princípios e Regras: Cinco Estudos de Caso de Ação Civil Pública. *DADOS – Revista de Ciências Sociais*, v.48, n.4, p.777-843, 2005.

WERNECK VIANNA L.; BURGOS, M. B.; SALLES, P. M. Dezessete anos de judicialização da política. *Tempo Social, revista de sociologia da USP*, v.19, n.2, p.39-85, nov. 2007.

WERNECK VIANNA, L.; CARVALHO, M. A. R.; MELO, M. P. C. *et al. A judicialização da política e das relações sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 1999.

WOLKMER, A. C. Cenários da cultura jurídica moderna na América Latina. In: FONSECA, R. M.; SEELAENDER, A. C. L. (orgs.). *História do direito em perspectiva: do antigo regime à modernidade*. Curitiba: Juruá, 2008. p.203-213.

WOLKMER, A. C. Pluralismo e crítica do constitucionalismo na América Latina. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIREITO CONSTITUCIONAL, 9, 2010, Curitiba. *Anais...* Curitiba: Academia Brasileira de Direito Constitucional, 2010.

YASBEK, M. C. O Programa Fome Zero no contexto das políticas sociais brasileiras. *São Paulo em Perspectiva*, v.18, n.2, p.104-112, 2004.

YEPES, R. U. The Constitutional Court and Control of Presidential Extraordinary Powers in Colombia. In: GLOPPEN, S.; GARGARELLA, R.; SKAAR, E. (Ed). *Democratization and the Judiciary: The Accountability Function of Courts in New Democracies*. London: Frank Cass, 2004. p.33-49.

YEPES, R. U. The enforcement of social rights by the Colombian Constitutional Court: Cases and debates. In: GARGARELLA, R.; DOMINGO, P.; ROUX, T. (Ed.). *Courts and Social Transformation in New Democracies*. An institutional voice for the poor? Hampshire: Ashgate, 2006. p.127-151.

YEPES, R. U.; GARCÍA-VILLEGAS, M. Tribunal Constitucional e emancipação social na Colômbia. In: SANTOS, B. S. (Org.). *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. p.297-298.

YIN, R. K. *Estudo de caso*. Planejamento e métodos. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE 1 - Roteiro das Entrevistas

1 – Fale um pouco da sua história como _____ (pesquisador na área do direito à saúde/direito sanitário; gestor em saúde; juiz; promotor ou defensor público). Qual a sua formação e como e quando você iniciou sua atuação? O que lhe motivou a atuar nesse campo? Como foi sua participação no processo da reforma sanitária e/ou como tem atuado na garantia do direito à saúde?

2 – Como você vê o direito à saúde no Brasil/Colômbia (fale do reconhecimento, das garantias, das políticas de saúde)? Como você relaciona a efetivação desse direito ao contexto histórico e atual do país?

3 – Quais foram os avanços na garantia e efetivação do direito à saúde no país desde a reforma sanitária? Como a população tem sido atendida? Houve mudanças na situação de saúde das pessoas

4 – Quais são os principais desafios e dificuldades para a efetivação do direito à saúde no país? Fale da infraestrutura, da organização do sistema de saúde, do financiamento, do acesso, do conflito de interesses, etc.)? Como as questões estruturais da sociedade (modelo econômico, desigualdade social etc.) interferem nesse processo?

5 – Como você vê a atuação da iniciativa privada no sistema de saúde? Quais são as vantagens e desvantagens da inserção do setor privado no sistema? Quais são os interesses internos e externos envolvidos nesse processo? Como essa participação interfere na garantia do direito à saúde do país?

6 – Como a judicialização da saúde interfere na efetivação do direito à saúde no país? Como você vê a atuação do sistema judiciário nas políticas de saúde? Quais são prejuízos e benefícios para a efetivação do direito? A judicialização pode de alguma forma contribuir para a melhoria do sistema de saúde e efetivação do direito à saúde? Você tem conhecimento dessas questões em outros países?

APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) sr.(a),

Você está sendo convidado(a), como voluntário(a), a participar da pesquisa *"A efetivação do direito à saúde no Brasil e na Colômbia: uma análise comparada na perspectiva histórica e da judicialização da saúde"*, a qual pretende discutir a efetivação do Direito à Saúde no Brasil e na Colômbia a partir dos processos históricos relacionados ao reconhecimento e às garantias desse direito. Além disso, buscaremos analisar a judicialização da saúde a partir da organização dos dois sistemas e das políticas de saúde. A hipótese é que apesar da saúde ser um direito, há desafios para sua efetivação nos dois países, com aumento do papel do setor privado e redução do público, o que enfraquece sua atuação na concretização do direito à saúde e reduz o acesso da população, aumentando a judicialização.

Nesse sentido, contamos com a sua participação e esclarecemos que esta fase da pesquisa envolve a realização de entrevistas com atores-chave de destaque dos processos de reforma dos sistemas de saúde e da judicialização da saúde dos países (pesquisadores, defensores públicos, promotores, juízes e gestores), visando o diálogo com as informações obtidas na análise documental e revisão da literatura. A entrevista será gravada para facilitar sua transcrição e análise e ocorrerá em horário de sua escolha. Ressaltamos que sua participação oferece um risco mínimo de caráter psicológico, portanto, caso se sinta cansado(a) ou alguma pergunta lhe cause desconforto, constrangimento ou provoque sentimentos ou lembranças desagradáveis o(a) senhor (a) poderá optar por não respondê-la, interromper ou suspender a entrevista. Declaramos não haver qualquer tipo de conflito de interesse na realização da pesquisa e garantimos a assistência integral a qualquer tipo de dano resultante de sua participação, bem como a proteção à sua imagem.

Para participar deste estudo o(a) sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O(A) Sr.(a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar e a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos. Esclarecemos que suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome e sua imagem e quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada.

A divulgação dos resultados se dará por meio da produção de texto ou apresentação e evento de caráter científico e as entrevistas e transcrições serão mantidas em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme a Resolução CNS no 466/12.

Este termo de consentimento, assinado pelos pesquisadores, encontra-se disponível para download, sendo que seu consentimento será registrado de forma verbal, no início da gravação da entrevista.

Atenciosamente,

Prof. Eli Iola Gurgel Andrade – Pesquisadora responsável

Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). - Avenida Prof. Alfredo Balena, 190 – sala 503, Belo Horizonte – Minas Gerais, Brasil
Telefone de contato: +55 31 3409 9641/9640 / E-mail: iola@medicina.ufmg.br

Prof. Fernando Mussa Abujamra Aith

Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva y Centro de Investigação de Direito Sanitário
Telefone de contato: +55 11 3061-7992 / E-mail: fernando.aith@usp.br

Luciana Souza d'Ávila

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UFMG
Telefone de contato: +55 31 98873-1891 / E-mail: lucianasd14m@gmail.com

PARA LEITURA PELO(A) ENTREVISTADO(A):

Eu, NOME DO(A) ENTREVISTADO(A), fui informado(a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa "A efetivação do direito à saúde no Brasil e na Colômbia: uma análise comparada na perspectiva histórica e da judicialização da saúde", de maneira clara e detalhada. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma cópia deste termo, assinada pelos pesquisadores, que me deram a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG

Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG - Brasil. CEP: 31270-901.
E-mail: coep@prpq.ufmg.br. / Tel: +55 31 3409-4592.



Documento assinado eletronicamente por **Eli Iola Gurgel Andrade, Professora do Magistério Superior**, em 26/02/2021, às 09:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernando Mussa Abujamra Aith, Usuário Externo**, em 26/02/2021, às 09:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luciana Souza d'Ávila, Usuário Externo**, em 26/02/2021, às 10:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 0589085 e o código CRC 80608238.

APÊNDICE 3 - Ficha De Consentimiento Informado



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) señor(a),

Usted está siendo invitado(a), como voluntario(a), a participar en la investigación "*La ejecución del derecho a la salud en Brasil y en Colombia: un análisis comparativo en la perspectiva histórica y de la judicialización de la salud*", la cual pretende discutir la realización del Derecho a la Salud en Brasil y Colombia, a partir de los procesos relacionados con el reconocimiento y garantías de este derecho. Además, buscaremos analizar la judicialización de la salud en ambos países desde la organización de los sistemas y de las políticas de salud. La hipótesis es que, aunque la salud sea un derecho en Brasil y Colombia, existen desafíos para su realización, con crecimiento en el papel del sector privado y reducción del público, lo que debilita su desempeño en la realización del derecho a la salud y reduce el acceso de la población y puede explicar el aumento de conflictos judiciales.

En este sentido, contamos con su participación y aclaramos que esta fase de la investigación involucra la realización de entrevistas semiestructuradas con actores clave de destaque de los procesos de reforma de los sistemas de salud y de la judicialización de la salud de los dos países (investigadores, defensores públicos, abogados, jueces y gerentes) visando el diálogo con las informaciones recogidas en el análisis documental y revisión de la literatura. La entrevista se grabará para facilitar su transcripción y análisis y se llevará a cabo en el momento de su elección. Enfatizamos que su participación representa un riesgo mínimo de carácter psicológico, por lo que si se siente cansado(a), o alguna pregunta le cause incomodidad, vergüenza o provoque sentimientos o recuerdos desagradables, puede elegir no responder, interrumpir o suspender la entrevista. Declaramos que no hay conflicto de intereses en la realización de la investigación y garantizamos la asistencia completa por cualquier daño resultante de su participación, además la protección de su imagen.

Para participar en este estudio usted no tendrá ningún costo, ni recibirá ninguna ventaja financiera. Usted tendrá la aclaración sobre el estudio en cualquier aspecto que desee y estará libre para participar o rehusarse a participar y en cualquier momento y sin ningún daño. Aclaramos que sus respuestas serán tratadas de forma anónima y confidencial, es decir, en ningún momento se revelará su nombre y su imagen y cuando sea necesario ejemplificar una determinada situación, se garantizará su privacidad.

La divulgación de los resultados se dará por medio de la producción de texto o presentación y evento de carácter científico y las entrevistas y transcripciones se mantendrán en archivo durante al menos 5 años, de acuerdo con la Resolución 466/12 del CNS/Brasil.

Esta ficha de consentimiento, firmada por los investigadores, está disponible para descargar, y su consentimiento se registrará verbalmente, al comienzo de la grabación de la entrevista.

Atentamente,

Profesora Eli Iola Gurgel Andrade – Investigadora responsable

Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG).

Avenida Professor Alfredo Balena, 190 – sala 503, Belo Horizonte – Minas Gerais, Brasil.

Teléfono de contacto: +55 31 3409 9641/9640

E-mail: iola@medicina.ufmg.br

Profesor Fernando Mussa Abujamra Aith

Universidad de São Paulo (USP), Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva y Centro de Investigación de Derecho Sanitario

Teléfono de contacto: +55 11 3061-7992

E-mail: fernando.aith@usp.br

Luciana Souza d'Ávila

Estudiante de Doctorado del Programa de Postgrado en Salud Pública de la UFMG

Teléfono de contacto: +55 31 98873-1891

E-mail: lucianasd14m@gmail.com

PARA LEER POR EL ENTREVISTADO:

Yo, NOMBRE DEL(DE LA) ENTREVISTADO(A), he sido informado(a) de los objetivos, métodos, riesgos beneficios de la investigación "La ejecución del derecho a la salud en Brasil y en Colombia: un análisis comparativo en la perspectiva histórica y de la judicialización de la salud", de manera clara y detallada. Sé que en cualquier momento podré solicitar nueva información y modificar mi decisión de participar, si así lo desear. Declaro que estoy de acuerdo en participar en esta investigación. Recibí una copia de esta ficha de consentimiento firmada por los investigadores, que me dieron la oportunidad de leer y aclarar todas mis dudas.

En caso de duda, con respecto a los aspectos éticos de esta investigación, usted podrá consultar:

COEP-UFMG - Comisión de Ética en Investigación de La UFMG

Avenida Antônio Carlos, 6627. Unidad Administrativa II - 2º andar - Sala 2005. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901.

E-mail: coep@prpq.ufmg.br. / Tel: +55 31 3409-4592.



Documento assinado eletronicamente por **Eli Iola Gurgel Andrade, Professora do Magistério Superior**, em 26/02/2021, às 09:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernando Mussa Abujamra Aith, Usuário Externo**, em 26/02/2021, às 09:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luciana Souza d'Ávila, Usuário Externo**, em 26/02/2021, às 10:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0589088** e o código CRC **7C0787ED**.

APÊNDICE 4 - Série histórica dos indicadores econômicos e sociais, Colômbia, 1990 a 2020.

Indicadores econômicos e sociais – Colômbia	1990	1991	1992	1993	1994	1995
População total ¹	33102569	33758328	34422568	35091272	35758978	36421438
População urbana (% da população) ²	69,48	69,95	70,42	70,87	71,33	71,78
PNB, PPC (valores correntes \$) ³	159270722655,58	168780899650,12	180205372707,36	195947695284,28	213788266212,16	229817745671,71
PNB per capita, PPC (valores correntes \$) ⁴	4810	5000	5240	5580	5980	6310
Taxa de desemprego (% do total da força laboral) ⁵	—	10,12	9,44	7,80	8,25	8,72
Vulnerabilidade ocupacional (% do total de trabalhadores) ⁶	—	47,64	47,58	47,43	47,24	47,06
PIB, PPC (valores correntes \$) ⁷	165917402799,50	174961647954,88	186187218858,03	200863027329,58	217081121331,29	233163261882,66
PIB per capita , PPC (valores correntes \$) ⁸	5012,22	5182,77	5408,87	5724,02	6070,67	6401,81
IDH ⁹	0,603	0,606	0,617	0,624	0,631	0,637
Coeficiente de Gini ¹⁰	—	—	51,5	—	—	—
População refugiada por país ou território de origem ¹¹	493	738	841	1040	1361	1902
População refugiada por país ou território de asilo ¹²	460	450	478	296	312	220

Indicadores econômicos e sociais – Colômbia	1996	1997	1998	1999	2000	2001
População total ¹	37076387	37723803	38364307	38999468	39629965	40255956
População urbana (% da população) ²	72,22	72,66	73,10	73,53	73,96	74,38
PNB, PPC (valores correntes \$) ³	238036258813,36	250325559792,78	255572830396,14	248681774038,15	259414591427,30	268702127906,19
PNB per capita, PPC (valores correntes \$) ⁴	6420	6640	6660	6380	6550	6670
Taxa de desemprego (% do total da força laboral) ⁵	11,81	12,14	15,00	20,06	20,52	15,04
Vulnerabilidade ocupacional (% do total de trabalhadores) ⁶	47,14	47,10	47,26	47,95	47,66	47,68
PIB, PPC (valores correntes \$) ⁷	242313821463,42	254947667572,91	259286156704,97	251971929037,14	265139277582,62	275501257541,09
PIB per capita , PPC (valores correntes \$) ⁸	6535,53	6758,27	6758,53	6460,91	6690,37	6843,74
IDH ⁹	0,647	0,655	0,662	0,662	0,666	0,668
Coefficiente de Gini ¹⁰	56,9	—	—	58,7	58,7	57,5
População refugiada por país ou território de origem ¹¹	2168	2376	3536	4412	9278	17937
População refugiada por país ou território de asilo ¹²	222	223	226	232	244	213

Indicadores econômicos e sociais – Colômbia	2002	2003	2004	2005	2006	2007
População total ¹	40875363	41483872	42075953	42647731	43200901	43737512
População urbana (% da população) ²	74,80	75,21	75,62	76,02	76,42	76,82
PNB, PPC (valores correntes \$) ³	279161165814,82	293272250099,82	317045556058,72	346110876208,09	380086886987,37	414864274279,61
PNB per capita, PPC (valores correntes \$) ⁴	6830	7070	7540	8120	8800	9490
Taxa de desemprego (% do total da força laboral) ⁵	15,63	14,19	13,72	11,87	11,53	11,20
Vulnerabilidade ocupacional (% do total de trabalhadores) ⁶	46,07	46,11	46,56	46,47	46,18	45,90
PIB, PPC (valores correntes \$) ⁷	286866650068,87	303642993712,84	328447014346,08	355031898592,06	390344576673,22	427839048098,50
PIB per capita , PPC (valores correntes \$) ⁸	7018,08	7319,54	7806,05	8324,75	9035,57	9781,97
IDH ⁹	0,671	0,670	0,684	0,689	0,698	0,711
Coefficiente de Gini ¹⁰	56,0	53,6	55,0	53,9	—	—
População refugiada por país ou território de origem ¹¹	30624	37992	47380	60447	72793	551741
População refugiada por país ou território de asilo ¹²	208	189	146	152	137	164

Indicadores econômicos e sociais – Colômbia	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
População total ¹	44254972	44750054	45222699	45662747	46075721	46495492	46967706
População urbana (% da população) ²	77,20	77,59	77,96	78,34	78,70	79,06	79,42
PNB, PPC (valores correntes \$) ³	434915143662,77	444985677690,11	467552032489,12	507216374248,23	532681024405,23	571015950345,54	606448118177,28
PNB per capita, PPC (valores correntes \$) ⁴	9830	9940	10340	11110	11560	12280	12910
Taxa de desemprego (% do total da força laboral) ⁵	11,27	12,07	10,98	10,11	9,74	9,05	8,57
Vulnerabilidade ocupacional (% do total de trabalhadores) ⁶	46,10	48,10	48,27	48,48	48,17	47,66	47,21
PIB, PPC (valores correntes \$) ⁷	450482195444,04	459089499041,97	485313992986,77	529875186711,48	553768023392,02	591783692551,88	625019201607,33
PIB per capita , PPC (valores correntes \$) ⁸	10179,24	10258,97	10731,65	11604,10	12018,65	12727,76	13307,42
IDH ⁹	0,718	0,720	0,729	0,734	0,739	0,742	0,753
Coefficiente de Gini ¹⁰	55,3	54,3	54,6	53,5	52,6	52,6	52,6
População refugiada por país ou território de origem ¹¹	373532	389753	395579	395950	394112	396711	360291
População refugiada por país ou território de asilo ¹²	165	184	198	208	204	207	198

Indicadores econômicos e sociais – Colômbia	2015	2016	2017	2018	2019	2020
População total ¹	47520667	48175048	48909844	49661056	50339443	50882884
População urbana (% da população) ²	79,76	80,11	80,45	80,78	81,10	81,43
PNB, PPC (valores correntes \$) ³	621482821087,17	658193480985,09	680451570882,33	718217931999,08	762199952747,03	—
PNB per capita, PPC (valores correntes \$) ⁴	13080	13660	13910	14460	15140	—
Taxa de desemprego (% do total da força laboral) ⁵	8,30	8,69	8,87	9,11	9,96	15,44
Vulnerabilidade ocupacional (% do total de trabalhadores) ⁶	46,87	47,28	47,03	47,23	45,91	—
PIB, PPC (valores correntes \$) ⁷	630399533935,38	665398390495,01	693117074956,62	736865828543,56	786809279917,64	—
PIB per capita , PPC (valores correntes \$) ⁸	13265,80	13812,10	14171,32	14837,90	15630,08	—
IDH ⁹	0,756	0,760	0,763	0,764	0,767	—
Coefficiente de Gini ¹⁰	51,0	50,6	49,7	50,4	51,3	—
População refugiada por país ou território de origem ¹¹	340116	311059	191635	138583	189254	189889
População refugiada por país ou território de asilo ¹²	212	241	260	294	634	997

¹População total. Fonte: The World Bank. Health: Population: Structure. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?end=2020&locations=BR-CO&start=1990&view=chart>>. Acesso em: 01 nov. 2021.

²População urbana (% da população). Fonte: The World Bank. Environment: Density & urbanization. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicator/SP.URB.TOTL.IN.ZS?end=2020&locations=BR-CO&start=1990>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

³Produto Nacional Bruto, por Paridade do Poder de Compra (valores correntes \$). Fonte: The World Bank. Economic Policy & Debt: Purchasing power parity. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.MKTP.PP.CD?locations=BR-CO>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

⁴Produto Nacional Bruto per capita/Renda per capita), por Paridade do Poder de Compra (valores correntes \$). Fonte: The World Bank. Economic Policy & Debt: Purchasing power parity. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.PP.CD?locations=BR-CO>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

⁵Taxa de desemprego (% do total da força laboral). Fonte: The World Bank. Social Protection & Labor: Unemployment. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicator/SL.UEM.TOTL.ZS?locations=BR-CO>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

⁶Vulnerabilidade ocupacional (% do total de trabalhadores). Fonte: The World Bank. Social Protection & Labor: Economic activity. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicator/SL.EMP.VULN.ZS?locations=BR-CO>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

⁷Produto Interno Bruto, por Paridade do Poder de Compra (valores correntes \$). Fonte: The World Bank. Economic Policy & Debt: Purchasing power parity. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.PP.CD?locations=BR-CO>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

⁸Produto Interno Bruto per capita, por Paridade do Poder de Compra (valores correntes \$). Fonte: The World Bank. Economic Policy & Debt: Purchasing power parity. The World Bank. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.CD?locations=BR-CO>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

⁹Índice de Desenvolvimento Humano. Fonte: United Nations Development Programme. Human Development Reports. Disponível em: <<http://hdr.undp.org/en/indicators/137506#>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

¹⁰Coefficiente de Gini. Fonte: The World Bank. Poverty: Income distribution. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI?end=2019&locations=BR-CO&start=1990>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

¹¹População refugiada por país ou território de origem. Fonte: The World Bank. Social Protection & Labor: Migration. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicator/SM.POP.REFG.OR?end=2020&locations=BR-CO&start=1990>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

¹²População refugiada por país ou território de asilo. Fonte: The World Bank. Social Protection & Labor: Migration. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicator/SM.POP.REFG?end=2020&locations=BR-CO&start=1990>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

APÊNDICE 5 - Série histórica dos indicadores de saúde e mortalidade infantil, Colômbia, 1990 a 2020.

Indicadores de saúde e mortalidade - Colômbia	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Expectativa de vida ao nascer (anos) ¹⁶	68,3	68,4	68,6	68,9	69,1	69,4	69,8	70,1	70,4	70,7	71,0	71,3	71,6	71,8	72,1	72,3	72,5
Taxa bruta de mortalidade (por mil) ¹⁷	6,2	6,1	6,1	6,1	6,0	5,5	5,4	5,4	5,3	5,2	5,2	5,2	5,1	5,1	5,1	5,1	5,2
Razão de Mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos) ¹⁸	—	—	—	—	—	—	—	—	100,4	92,2	104,9	98,6	84,4	77,8	78,7	73,1	75,0
Taxa de mortalidade neonatal (por 1.000 nascidos vivos) ¹⁹	17,67	17,31	16,94	16,59	16,24	15,87	15,41	14,89	14,40	13,92	13,48	13,07	12,69	12,35	12,02	11,70	11,36
Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) ²⁰	28,84	28,00	27,17	26,35	25,53	24,72	23,90	23,12	22,38	21,69	21,04	20,45	19,88	19,34	18,82	18,29	17,77
Taxa de mortalidade em menores de cinco anos (por 1.000 nascidos vivos) ²¹	35,06	33,94	32,84	31,75	30,68	29,61	28,56	27,55	26,60	25,71	24,89	24,14	23,42	22,75	22,10	21,45	20,82

Indicadores de saúde e mortalidade - Colômbia	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Expectativa de vida ao nascer (anos) ¹	72,7	72,9	73,1	73,3	73,5	73,7	73,9	74,0	74,2	74,4	74,6	74,8	77,3	77,5
Taxa bruta de mortalidade (por mil) ²	5,2	5,2	5,2	5,2	5,3	5,3	5,3	5,4	5,4	5,5	5,5	5,6	5,6	5,7
Razão de Mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos) ³	75,6	60,6	72,9	71,6	69,7	65,9	55,3	53,7	53,7	51,3	51,0	45,3	50,7	—
Taxa de mortalidade neonatal (por 1.000 nascidos vivos) ⁴	11,02	10,69	10,35	10,02	9,70	9,38	9,08	8,79	8,51	8,24	7,99	7,74	7,48	—
Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) ⁵	17,26	16,75	16,25	15,76	15,29	14,81	14,34	13,89	13,44	13,03	12,62	12,21	11,84	—
Taxa de mortalidade em menores de cinco anos (por 1.000 nascidos vivos) ⁶	20,20	19,59	18,98	18,39	17,82	17,23	16,68	16,15	15,62	15,14	14,67	14,18	13,75	—

¹Expectativa de vida ao nascer (anos). Fonte: Pan American Health Organization (PAHO). Plataforma de Información en Salud para las Américas (PLISA). 1990 a 2018 - Disponível em: <<https://www3.paho.org/data/index.php/es/analisis/perfiles-de-salud/274-perfiles-nacional-indicadores.html>>. Acesso em: 01 nov 2021. 2019 e 2020 - Disponível em: <<https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos>>. Acesso em: 01 nov 2021.

²Taxa bruta de mortalidade (por mil). Fonte: Pan American Health Organization (PAHO). Health Information Platform for the Americas (PLISA). 1990 a 1994 - Disponível em: <<https://www3.paho.org/data/index.php/es/analisis/perfiles-de-salud/274-perfiles-nacional-indicadores.html>>. Acesso em: 17 jan. 2022. 1995 a 2020 - Disponível em: <<https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos>>. Acesso em: 17 jan. 2022.

³Razão de Mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos). Fonte: Pan American Health Organization (PAHO). Health Information Platform for the Americas (PLISA). Disponível em: <<https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos>>. Acesso em: 02 nov 2021.

⁴Taxa de mortalidade neonatal (por 1.000 nascidos vivos) na metade do ano. Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Child Mortality Estimates. Disponível em: <<https://data.unicef.org/topic/child-survival/neonatal-mortality/>>. Acesso em: 01 nov. 2021.

⁵Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) na metade do ano. Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Child Mortality Estimates. Disponível em: <<https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

⁶Taxa de mortalidade em menores de cinco anos (por 1.000 nascidos vivos). Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Child Mortality Estimates. Disponível em: <<https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

APÊNDICE 6 - Série histórica dos indicadores de gastos em saúde, Colômbia, 2000 a 2020.

COLÔMBIA	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Gastos públicos com saúde (% PIB) ¹	4,20	4,46	4,37	4,47	4,26	4,36	4,57
Gastos públicos com saúde (PPC, valores correntes) ²	11135849658,47	12287356086,33	12536072608,01	13572841818,96	13991842811,14	15479390778,61	17838747153,97
Gastos públicos com saúde per capita (PPC, valores correntes) ³	281,00	305,23	306,69	327,18	332,54	362,96	412,93
Gastos privados com saúde (% PIB) ⁴	1,43	1,48	1,31	1,20	1,46	1,65	1,72
Gastos privados com saúde (PPC, valores correntes) ⁵	3791491669,43	4077418611,61	3757953115,90	3643715924,55	4795326409,45	5858026326,77	6713926718,78
Gastos privados com saúde per capita (PPC, valores correntes) ⁶	95,67	101,29	91,94	87,83	113,97	137,36	155,41
Gasto total com saúde (PPC, valores correntes) ⁷	14927341327,90	16364774697,94	16294025723,91	17216557743,52	18787169220,60	21337417105,38	24552673872,75
Gasto do próprio bolso com saúde (% gasto total em saúde) ⁸	13,69	13,40	11,49	8,60	13,76	16,41	17,93
Gasto do próprio bolso com saúde (PPC, valores correntes) ⁹	2043553027,79	2192879809,52	1872183555,68	1480623965,94	2585114484,75	3501470146,99	4402294425,38
Risco de gastos catastróficos por atenção cirúrgica (% de pessoas em risco) ¹⁰	—	—	—	8,70	14,30	15,40	15,60

COLÔMBIA	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Gastos públicos com saúde (% PIB) ¹	4,59	4,75	5,27	5,11	4,98	4,71
Gastos públicos com saúde (PPC, valores correntes) ²	19637812307,72	21397904283,59	24194016599,51	24799545041,62	26387784298,23	26082473901,76
Gastos públicos com saúde per capita (PPC, valores correntes) ³	448,99	483,51	540,65	548,39	577,88	566,08
Gastos privados com saúde (% PIB) ⁴	1,87	2,09	2,04	1,96	1,79	2,00
Gastos privados com saúde (PPC, valores correntes) ⁵	8000590199,44	9415077884,78	9365425780,46	9512154262,54	9484765842,14	11075360467,84
Gastos privados com saúde per capita (PPC, valores correntes) ⁶	182,92	212,75	209,28	210,34	207,71	240,37
Gasto total com saúde (PPC, valores correntes) ⁷	27638402507,16	30812982168,37	33559442379,97	34311699304,16	35872550140,37	37157834369,60
Gasto do próprio bolso com saúde (% gasto total em saúde) ⁸	19,25	20,85	18,01	17,00	15,32	17,86
Gasto do próprio bolso com saúde (PPC, valores correntes) ⁹	5320392482,63	6424506782,11	6044055572,63	5832988881,71	5495674681,50	6636389218,41
Risco de gastos catastróficos por atenção cirúrgica (% de pessoas em risco) ¹⁰	16,00	18,40	15,40	14,70	11,50	12,00

COLÔMBIA	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Gastos públicos com saúde (% PIB) ¹	4,90	5,06	5,33	5,30	5,45	5,46	5,54	—
Gastos públicos com saúde (PPC, valores correntes) ²	28997400935,04	31625971601,33	33600295158,76	35266114696,24	37774880585,14	40232874238,48	43589234107,44	—
Gastos públicos com saúde per capita (PPC, valores correntes) ³	623,66	673,36	707,07	732,04	772,34	810,15	865,91	—
Gastos privados com saúde (% PIB) ⁴	2,12	2,13	2,19	2,23	2,22	2,16	2,17	—
Gastos privados com saúde (PPC, valores correntes) ⁵	12545814282,10	13312908994,24	13805749793,18	14838384108,04	15387199064,04	15916301896,54	17073761374,21	—
Gastos privados com saúde per capita (PPC, valores correntes) ⁶	269,83	283,45	290,52	308,01	314,60	320,50	339,17	—
Gasto total com saúde (PPC, valores correntes) ⁷	41543215217,14	44938880595,57	47406044951,94	50104498804,27	53162079649,17	56149176135,02	60662995481,65	—
Gasto do próprio bolso com saúde (% gasto total em saúde) ⁸	17,15	16,28	15,40	15,61	15,36	15,13	14,86	—
Gasto do próprio bolso com saúde (PPC, valores correntes) ⁹	7124661409,74	7316049760,96	7300530922,60	7821312263,35	8165695434,11	8495370349,23	9014521128,57	—
Risco de gastos catastróficos por atenção cirúrgica (% de pessoas em risco) ¹⁰	11,30	11,00	9,30	9,00	7,50	8,60	8,50	8,10

¹Gasto público anual em saúde (% PIB) . Fonte: Pan American Health Organization (PAHO). Health Information Platform for the Americas (PLISA). Disponível em: <<https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos#definiciones>>. Acesso em: 24 nov 2022.

²Cálculos próprios a partir do gasto público anual com saúde (% PIB) e do valor anual do PIB, PPC em valores correntes (Apêndice 1).

³Cálculos próprios a partir do gasto público anual com saúde (PPC, valores correntes) e da população total por ano (Apêndice 1).

⁴Gasto privado anual em saúde (% PIB). Fonte: Pan American Health Organization (PAHO). Health Information Platform for the Americas (PLISA). Disponível em: <<https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos#definiciones>>. Acesso em: 24 nov 2022.

⁵Cálculos próprios a partir do gasto privado anual com saúde (% PIB) e do valor anual do PIB, PPC em valores correntes (Apêndice 1).

⁶Cálculos próprios a partir do gasto privado anual com saúde (PPC, valores correntes) e da população total por ano (Apêndice 1).

⁷Cálculos próprios a partir do gasto público anual com saúde (PPC, valores correntes) e do gasto privado anual com saúde (PPC, valores correntes).

⁸Gasto do próprio bolso com saúde (% gasto total em saúde). Fonte: Pan American Health Organization (PAHO). Health Information Platform for the Americas (PLISA). Disponível em: <<https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos#definiciones>>. Acesso em: 24 nov 2022.

⁹Cálculos próprios a partir do gasto total anual com saúde (PPC, valores correntes) e do gasto do próprio bolso com saúde (% gasto total em saúde).

¹⁰Risco de gastos catastróficos por atenção cirúrgica (% de pessoas em risco). Fonte: The World Bank. Health: Risk factors. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicator/SH.SGR.CRSK.ZS?locations=BR-CO&view=chart>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

APÊNDICE 7 - Linha do tempo do marco legal da saúde, Colômbia, 1990 a 2020.

Ano	Marco legal	Conteúdo e questões importantes
1990	Lei 010	- Reorganiza o Sistema Nacional de Saúde; - Início descentralização da saúde; - Abertura à iniciativa privada.
1991	Constituição	- Saúde como serviço público e não direito fundamental; - Abertura à iniciativa privada.
1993	Lei 060	- Definição das competências da Nação, departamentos, distritos e municípios
	Lei 100	- Divisão em três capítulos: Pensões, riscos profissionais e SGSSS; - Estado: regulador e orientador das políticas; - Instituição das EPS e IPS; - Definição dos Regimes contributivo, subsidiado e de exceção; - Criação Fosyga, Supersalud e INVIMA; - Regras do Sisben; - Definição: UPC, cotas moderadoras e copagamentos.
1994	Decreto 1259	- Reestruturação da Supersalud.
	Decreto-Lei 1290	- Funções e organização do INVIMA.
	Decreto-Lei 1298	- Estatuto Orgânico do SGSSS; - Princípios, competências e características do sistema; - CNSS: responsável por desenhar o programa para igualação do POS; - Supersalud: fiscalização, vigilância e controle; aplicação de sanções; - Financiamento, fontes de recursos (solidariedade, financiamento público, imposto indústria petroleira etc.) e contribuição dos entes; - Regras sanitárias, vigilância e controle para alimentos; bebidas, estabelecimentos; produção e comercialização de medicamentos; tratamento e fornecimento de água etc.; - Regime de pessoas no sistema: entrada, contratação, remuneração, carreira,
	Decreto 1485	- Regula a organização e funcionamento das EPS e a proteção ao usuário no SGSSS.
	Decreto 1486	- Regulamentação do Estatuto Orgânico do SGSSS quanto à organização e funcionamento da Medicina Pré-paga; - Trata-se de sistema organizado e estabelecido por entidades autorizadas para gestão de atenção médica e prestação de serviços de saúde, a partir de um plano preestabelecido, mediante cobrança de preço previamente acordado.
	Decreto 1757	- Organização e estabelecimento das modalidades e formas de participação social na prestação dos serviços de saúde; - Resgate dos princípios básicos da participação cidadã e comunitária; - A participação no SGSSS se dá pela interação entre os usuários, servidores públicos e privados para a gestão, avaliação, e melhoria dos serviços; - Participação cidadã: Foco na escuta de reclamações, petições e sugestões dos usuários; - Cada EPS e IPS deve se organizar: Serviço de Atenção ao Usuário - Participação comunitária: formação de Comitês de Participação Comunitária municipais → conciliação entre diferentes atores sociais e o Estado.

Ano	Marco legal	Conteúdo e questões importantes
1994 (cont.)	Resolução 5261	<ul style="list-style-type: none"> - Manual de Atividades, Intervenções e Procedimentos; - Porta de entrada: primeiro nível/consulta com médico generalista (acima de 2 vezes ao ano → cotas moderadoras); - Utilização dos serviços deve acontecer no município ou zona de residência do usuário, exceto em casos de urgência ou autorização da EPS; - Urgência: atendimento por qualquer IPS. Quando não há contrato com a EPS → reembolso ao usuário; - Incluídas algumas próteses e órteses (não inclui cadeira de rodas); - Cobertura de doenças catastróficas (mas com carência, exceto para estabilização em caso de emergências); - Prescrição: deve ser medicamento genérico; - Saúde mental: internação somente hospital dia ou em casos agudos; - Lista de códigos e procedimentos (cirúrgicos, exames, tratamentos, por sistemas e órgãos): classificação por grupos (de acordo com a complexidade, duração e custo-efetividade dos tratamentos); - Nível III de complexidade → mediante autorização da EPS, que poderá utilizar os Comitês Técnico Científicos; - Exclusões: cosméticos, estética, tratamentos experimentais, tratamentos internacionais, alguns transplantes de órgãos, cremes dentais, leites etc.
1997	Resolução 5061	<ul style="list-style-type: none"> - Regulamenta os Comitês Técnicos-Científicos das EPS, ARS e IPS; - Análise de pedidos não incluídos na lista.
	Acordo 83	- Adota o Manual de Medicamentos do SGSSS
1998	Decreto 806	<ul style="list-style-type: none"> - Regulamentação da filiação no SGSSS; - Tipos de planos: PAB; POS; POS-S; atenção a acidentes de trânsito e catástrofes; atenção inicial a urgências; - Casos de multifiliação: deve-se cancelar a inscrição do regime subsidiado; - Trabalhador autônomo: sem carência. Cobertura imediata.
	Resolução 2312	- Modifica o artigo 1º da Resolução 5.061/1997 e regulamenta o reembolso de medicamentos autorizados pelos Comitês Técnico-Científicos.
	Acordo 117	- Estabelecimento da obrigatoriedade do cumprimento das atividades, procedimentos e intervenções de demanda induzida e o atendimento a doenças de interesse em saúde pública.
2000	Decreto 47	<ul style="list-style-type: none"> - Normas de filiação; - Carência de 30 dias após a primeira filiação do trabalhador: cobertura imediata de urgência e emergência.
	Resolução 412	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelece as atividades, procedimentos e intervenções de demanda induzida e cumprimento obrigatório e adota as normas técnicas e guias assistenciais para o desenvolvimento de ações específicas de proteção e detecção precoce e atendimento às doenças de interesse em saúde pública (em conformidade ao Acordo 117 de 1998); - Ações de promoção e prevenção; - Modificada parcialmente pelas Resoluções 1078 e 1745/2000.
	Resolução 3384	<ul style="list-style-type: none"> - Modifica parcialmente as Resoluções 412 e 1745 e revoga a 1078; - As EPS não são obrigadas a fornecer atividades, intervenções e procedimentos não POS; - Metas de ações de saúde pública para o regime contributivo.

Ano	Marco legal	Conteúdo e questões importantes
2001	Lei 715	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema Geral de Participações: constituído pelos recursos que a Nação transfere às entidades territoriais para o financiamento dos serviços de sua competência: saúde, educação e água potável/saneamento; - Recursos, competências e a estrutura financeira descentralizada; - Nação: indução, formulação, regulação, <i>Plan Ampliado de Inmunizaciones</i> (PAI); - Municípios podem assumir a prestação dos serviços de saúde, se cumprem alguns requisitos; - Obrigação das entidades territoriais de gerirem a prestação de serviços de saúde à população pobre; - EPS do regime subsidiado: porcentagem mínima para contratação dos hospitais públicos.
2002	Acordo 228	<ul style="list-style-type: none"> - Atualiza o Manual de Medicamentos do SGSSS, adotado pelo Acordo 83 de 1997; - Medicamentos não POS podem ser ressarcidos pelo FOSYGA (deve-se ter a avaliação do Comitê Técnico Científico das EPS).
	Decretos 2400 e 1703	<ul style="list-style-type: none"> - O decreto 2400 modifica o 1703; - Medidas para promover e controlar a filiação e o pagamento das taxas no SGSSS; - O não pagamento por 3 meses contínuos da cotização pode ser causa de desfiliação.
	Acordo 232	<ul style="list-style-type: none"> - Cria o <i>Comité de Medicamentos y Evaluación de Tecnología</i> para assessorar o CNSSS no ajuste e aprovação do POS, utilizando a avaliação de tecnologias e medicamentos; - O Comitê substitui o Comitê Técnico de Medicamentos criado pelo Acordo 51, de 1997.
2003	Acordo 244	<ul style="list-style-type: none"> - Define a forma e as condições de funcionamento do Regime Subsidiado: critérios para identificar, selecionar e priorizar os potenciais beneficiários.
2004	Acordo 260	<ul style="list-style-type: none"> - Empresas e entidades particulares; - Normas para copagamentos e cotas moderadoras; - Cotas para contribuintes e dependentes, enquanto copagamento somente para dependentes; - Os dois tipos de cobrança não podem ser simultâneos; - Não se aplicam cotas moderadoras em casos de urgências; - Há copagamentos para algumas categorias dos beneficiários do subsidiado; - As EPS têm liberdade para definirem a frequência de aplicação dos copagamento e cotas moderadoras.
	Acordos 263 e 282	<ul style="list-style-type: none"> - Inclusão no POS do princípio ativo ácido zoledrônico ou zoledronato (oncologia) e determinação de vigilância epidemiológica quanto ao seu uso, apesar de recomendação contrária do <i>Comité de Medicamentos y Evaluación de Tecnología</i> - Regime subsidiado: carga viral de HIV, Colposcopia com biópsia, <i>stent</i> intracoronário não revestido e sua inserção → um ano após o regime contributivo
2005	Acordo 306	<ul style="list-style-type: none"> - Definição do POS do Regime Subsidiado; - Especificação dos serviços a que cada tipo de filiado tem direito, de acordo com a modalidade de subsídio, total ou parcial.
	Lei 972	<ul style="list-style-type: none"> - Normas para melhorar o atendimento à população que sofre de doenças catastróficas, especialmente HIV/AIDS; - EPS não podem negar atendimento a pessoas com HIV/AIDS, ou outra doença catastrófica. Se pessoa perde filiação, EPS deve pedir reembolso.

Ano	Marco legal	Conteúdo e questões importantes
2006	Resolução 3442	- Adoção de diretrizes de prática clínica baseada em evidências para a prevenção, diagnóstico e tratamento de pacientes com HIV/AIDS e doença renal crônica.
2007	Lei 1122	- Modificações no SGSSS, mas manutenção do asseguramento e reforço do papel das EPS como administradora dos recursos; - Criação da <i>Comisión de Regulación en Salud</i> (CRES); - Todos os colombianos têm garantia de atendimento inicial de urgência em qualquer IPS do país; - Criação do Defensor do usuário em saúde (coordenação da SNS e da Defensoría del Pueblo)
	Decreto 2699	- Criação da Conta de alto custo: organismo técnico governamental, de associação obrigatória pelas entidades administradoras do sistema (EPS etc.), que atua como um fundo para operações relacionadas a doenças graves e catastróficas.
2008	Resolução 3099	- Integração dos Comitês Técnico-Científicas em cada departamento; - Estabelecimento do procedimento de reembolso perante o FOSYGA, para o fornecimento de medicamentos, serviços médicos e benefícios de saúde não incluídos no POS.
	Resolução 3754	- Modificação parcial da resolução 3099 em relação aos procedimentos de cobrança; - Incorporação de recomendações da Sentença T-760/2008 quanto à ampliação das regras para fornecimento de serviços não incluídos no POS.
2009	Acordo 004	- Emitido pela CRES; - Menores de 12 anos filiados ao regime subsidiado, usufruem do POS do regime contributivo: acordo baseado na sentença T-260/2008.
	Decreto 4973	- Requisitos para a obtenção da certificação dos municípios como descentralizados em saúde.
	Acordo 008	- Emitido pela CRES; - Atualiza os POS do regime contributivo e do subsidiado; - Incorporação do conceito de integralidade como princípio e enfoque dos POS, que significa que os planos dos dois regimes, de acordo com suas especificidades e condições, devem cobrir os serviços e tecnologias definidos no Acordo; - Dispositivos, insumos e procedimentos não POS também podem ser ressarcidos pelo FOSYGA.
	Acordo 415	- Para aumentar o acesso da população, visou aumentar a competitividade do mercado e reduzir a concentração de determinadas EPS-S → regras de autorização de EPS, cotas de filiações, nº de EPS por região etc.; - Detalhamento das populações consideradas vulneráveis e elegíveis para o regime subsidiado (classificação Sisben I e II; indígenas; crianças abandonadas; refugiados etc.); - Regras de inclusão do núcleo familiar; - Construção de lista nacional dos beneficiários e filiados → desfiliação de pessoas não consideradas elegíveis; - Livre escolha de EPS-S; proibição de filiação forçada a determinada EPS-S e proibição de seleção da população por risco por parte das EPS e entidades territoriais; - Portabilidade de EPS-S: "fidelidade" de um ano, exceto por descumprimento da EPS (investigação de 60 dias); - Quando um usuário afiliado ao Regime Subsidiado se muda município de residência, o município anfitrião tem a obrigação de garantir a prestação dos serviços de saúde de que necessita → continuidade da atenção; - Regras de cálculo dos contratos e cotas por EPS-S.

Ano	Marco legal	Conteúdo e questões importantes
2009 (cont.)	Resolução 3974	- Define as enfermidades de alto custo: 9 tipos de câncer; epilepsia; artrite reumatoide e HIV/AIDS; - Atividades de proteção, detecção precoce e assistência.
	Resolução 3173	- Em cumprimento à ordem nº 19 da sentença T-760 de 2008; - Adoção do Registro de Negação de Serviços e Medicamentos para integrante da EPS e EOC do Regime Contributivo e Subsidiado do SGSSS; - Ordena às entidades que enviem diretamente ao Ministério de Proteção Social, as informações sobre negações.
	Resolução 1817	- Em cumprimento à ordem nº 28 da sentença T-760 de 2008; - Definição das diretrizes da Carta de Direitos dos Filiados e Pacientes do SGSSS e da Carta de Desempenho das EPS dos regimes contributivo e subsidiado: informação adequada aos filiados para o exercício de seus direitos; - Modificada pela Resolução 2818 e 4392/2009.
	Decreto 4975	- Decreta Emergência Social em Saúde.
2010	Decreto 128	- Prestações excepcionais em saúde; - Limitação do núcleo do direito; - Pagamento pelo próprio filiado das chamadas prestações excepcionais, com fomento a empréstimos e possibilidade de uso do seguro desemprego (Cesantías).
	Decreto 131	- Criação do Sistema Técnico Científico em Saúde e regulação da autonomia profissional. - Sanções pecuniárias
	Decreto 132	- Mecanismos para gerenciar e otimizar o fluxo de recursos que financiam o Regime Subsidiado.
	Acordo 011	- Menores de 18 anos filiados ao regime subsidiado, usufruem do POS do regime contributivo: acordo baseado na sentença T-260/2008 que por meio do Auto nº 342 ordenou à CRES a unificação dos planos para menores de idade a partir de 1º outubro de 2009.
	Lei 1393	- Definição das fontes de recursos para a saúde; - Lucros de vendas de cerveja ; produto de jogos de azar; imposto sobre cigarros e tabaco.
2011	Lei 1148	- Emissão de medidas de cuidado, assistência e reparação integral para as vítimas do conflito armado interno e outras disposições (criada em 2012 a <i>Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas</i> para dar cumprimento a esta lei. Em 2013, 2014, 2015 era a entidade mais demanda do país).
	Acordo 027	- Unifica os POS dos regimes contributivo e subsidiado para os maiores de 60 anos.
	Acordo 025	- Inclusão do clopidogrel e do alendronato nos dois regimes (medicamentos com alto volume de tutelas).
	Acordo 029	- Atualização do POS; - Inclusão de transporte e alojamento nos dois regimes: é necessário que o serviço tenha sido solicitado pelo médico assistente, que não haja IPS que prestem o serviço no município de residência do paciente e que a seguradora receba uma UPC diferencial; - Inclusões de medicamentos e insumos.
	Resolução 163	- Revoga a Resolução 3173 de 2009 (as Entidades não estavam cumprindo a determinação de informar as negativas); - Adota o Registro de Negação de Serviços e Medicamentos para integrante da EPS e EOC do Regime Contributivo e Subsidiado (novo formulário).

Ano	Marco legal	Conteúdo e questões importantes
2011 (cont.)	Lei 1438	<ul style="list-style-type: none"> - Reforma do SGSSS (APS; unificação dos planos etc.); - APS: estratégia para alcançar melhor gestão do sistema de saúde. Constituída por 3 componentes (serviços de saúde, ação inter/transetorial e a participação social, comunitária e cidadã; - Ações de promoção e prevenção deverão ser realizadas dentro da APS; - Criação das Equipes Básicas de Saúde pelos entes territoriais; - Atenção preferencial para infância e adolescência; - As EPS podem oferecer os PBS nos dois regimes e devem ter n°. mínimo de filiados para se garantir escala, margem de solvência, capacidade técnica; - O PBS deve ser atualizado a cada 2 anos; - Os Comitês Técnico-Científicos das EPS não podem ter a participação de pessoal administrativo da entidade, mesmo se tratando de médicos; - Previsão de criação de mecanismo financeiro para unificação da administração dos recursos dos dois regimes; - Universalização do seguro/coertura do SGSSS; - Retirada do período de carência; - Manutenção dos regimes de exceção; - Programa de Fortalecimento das Empresas Sociais do Estado; - Criação da <i>Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos</i> - CNPMDM: formulação e regulamentação da política de preços de medicamentos e dispositivos médicos. Decisões baseadas em evidência científica; - Criação do <i>Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud</i> (IETS): avaliação das tecnologias em saúde quanto à segurança, eficácia, eficiência, efetividade, utilidade e impacto econômico; - Obrigação das EPS, IPS e Empresas Sociais do Estado de realizarem anualmente audiências públicas: apresentação de indicadores, gestão; - Desconcentração da Supersalud: pode delegar suas funções para departamentos ou distrito; - Principais fontes de financiamento: Sistema Geral de Participações; cotizações; Seguro Obrigatório de Acidentes de Trânsito; Orçamento geral da Nação para Saúde Pública; produtos de jogos de azar.
2012	Decreto 2560	- Extinção da CRES
	Acordo 032	<ul style="list-style-type: none"> - Unificação dos POS dos regimes contributivo e subsidiado a nível nacional, para pessoas de 18 a 59 anos; - Definição da UPC do regime subsidiado.
	Resolução 4480	- Aumento da UPC para o regime contributivo e maior para o subsidiado de forma a quase igualar os valores (sentença T-760).
	Resolução 744	<ul style="list-style-type: none"> - Revogação da Resolução 163 de 2011 (novamente as Entidades não estavam cumprindo a determinação de informar as negativas); - Adoção do Registro de Negação de Serviços e Medicamentos para integrante da EPS e EOC do Regime Contributivo e Subsidiado.
	Acordo 034	Cumprimento da Sentença T-627 de 2012 emitida Corte Constitucional e, conseqüentemente, é feita a inclusão do misoprostol no POS dos regimes contributivo e subsidiado.

Ano	Marco legal	Conteúdo e questões importantes
2013	Decreto 1683	<ul style="list-style-type: none"> - Condições e regras para a portabilidade nacional do seguro em saúde; - Portabilidade: garantia de acessibilidade aos serviços, em qualquer município do país e para todos os filiados que emigrarem do município de filiação ou de onde são atendidos; - Emigração ocasional: não maior que um mês → nenhuma IPS deveria negar atendimento de urgência e EPS de origem deveria cobrir os custos; - Emigração temporária: entre um e 12 meses, podendo ser prorrogado por mais 12 meses → EPS de origem deveria garantir a adscrição do filiado a uma IPS primária e o acesso a todos os serviços do POS; - Emigração permanente: acima de 12 meses, juntamente com núcleo familiar → filiado e sua família precisariam mudar de EPS; - Dispersão familiar (quando uma pessoa, por estudo ou trabalho se muda para município distinto de sua família): garantidos sua permanência na EPS de origem e o atendimento em prestadores locais; - UPC paga à EPS de origem: mesma do município de filiação do usuário, independentemente se a UPC do município destino é maior ou menor.
	Lei 1608	<ul style="list-style-type: none"> - Medidas para melhorar o fluxo e a liquidez do setor saúde por meio de saldos ou excedentes das contas mestras do subsidiado: pagamento de dívidas, realização de investimentos, melhoria de infraestrutura; - Priorização das IPS públicas e salvamento de EPS, mas sem perdão das dívidas para com as IPS.
	Circular 03	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecimento da metodologia para a aplicação do regime de controle direto de preços de medicamentos comercializados em território nacional; - Indicação de países de referência para comparação dos preços; - Preço máximo de venda de medicamentos;
	Resolução 1841	<ul style="list-style-type: none"> - Adoção do Plano Decenal de Saúde Pública 2012-2021; - Ênfase nos determinantes sociais da saúde e referencial dos direitos humanos; - Enfoque diferencial (de gênero, ciclos de vida, etnia etc.); - Separação das regiões de acordo com os problemas e necessidades; - Diagnóstico quanto à cobertura do sistema, infraestrutura, morbidade, mortalidade, etc. - Financiamento das ações do plano e mecanismos de monitoramento.
	Resolução 5395	<ul style="list-style-type: none"> - Unificação dos procedimentos para pedidos de reembolso; - Integração dos Comitês Técnicos Científicos (EAPB e IPS): função de aprovar ou desaprovar tecnologias não POS; justificar tecnicamente as decisões; informar ao Ministério da Saúde e Proteção Social sobre as decisões; - Para aprovação: tecnologia aprovada pelo INVIMA; outras alternativas terapêuticas esgotadas; não podem ser tecnologias com propósitos cosméticos, experimentais ou realizados no exterior; - Médico tratante → prescrição com justificativa, história clínica, medicamento identificado pelo princípio ativo, procedimento pela Codificação Única; - EPS: obrigação de fornecer, caso tecnologia aprovada. Se tecnologia POS, não cabe reembolso; - Estabelecimento dos documentos, etapas e prazos necessários para solicitação dos reembolsos (detalhamento dos procedimentos e comprovações); - Reembolso será realizado somente da diferença entre a tecnologia autorizada e o item POS que ela substitui.
Resolução 5521	<ul style="list-style-type: none"> - Atualização do POS; - Exclusões por obsolescência ou inclusão de melhores alternativas - Inclusão no PBS de transporte aquaviário, aéreo e terrestre de pacientes, para emergências ou quando o serviço requerido não for prestado no local de residência do usuário; e, para a assistência domiciliar, em que os custos devem ser custeados pela EPS 	

Ano	Marco legal	Conteúdo e questões importantes
2014	Circular 039	<ul style="list-style-type: none"> - Determinação das metas de adaptação às mudanças climáticas no âmbito do Plano Decenal de Saúde Pública; - Metas para impactar positivamente os indicadores de saúde a partir dos determinantes sociais da saúde: ambiente e habitat saudáveis; saúde mental e convivência; segurança alimentar e nutricional; enfermidades transmissíveis; emergências e desastres; saúde e trabalho; populações vulneráveis
2015	Lei 1751	<ul style="list-style-type: none"> - Lei Estatutária: garantia, regulação e estabelecimento dos mecanismos para a proteção do direito fundamental à saúde; - Direito autônomo e irrenunciável, individualmente e coletivamente; - Igualdade de tratamento e acesso; - Direção, supervisão, organização, regulação, coordenação e controle pelo Estado; - Estado: proteção contra a violação do direito; poder sancionatório; intervenção no mercado de medicamentos, dispositivos e insumos etc.; - Novos princípios: <i>pro homine</i> - interpretação das normas mais favorável à saúde das pessoas; - Continuidade: serviços devem ser fornecidos de maneira contínua; - Progressividade: melhoria e ampliação contínuas e redução gradual das barreiras; - Princípios devem ser garantidos de forma harmônica e equilibrada; - Ação sobre os determinantes sociais da saúde; - Garantia de atendimento às urgências sem exigência de documento, pagamento prévio ou autorização administrativa; - Direitos e deveres das pessoas - direitos relacionados ao cuidado, dignidade, acesso etc. Deveres de autocuidado, boa-fé, respeito e contribuição solidária no financiamento de acordo com a capacidade de pagamento; - Participação das decisões do sistema de saúde (planejamento, mudanças, avaliação das políticas); - Exclusões: cosméticos e itens de luxo; sem evidência científica de eficácia, efetividade e segurança clínicas; que o uso não seja autorizado; em fase de experimentação; serviços prestados no exterior; - Exclusões devem ser explícitas, com participação de pacientes e profissionais e não podem ser de itens já incluídos; - Tutela pode ser utilizada para proteção direta do direito à saúde; - Regulação dos preços de medicamentos a partir de parâmetros internacionais; - Estado deve garantir a disponibilidade de serviços em áreas marginalizadas e dispersas → rentabilidade econômica X rentabilidade social; - Recursos públicos da saúde não podem ser embargados e devem ter destino específico.
	Resolução 0518	<ul style="list-style-type: none"> - Diretrizes para a elaboração, execução, monitoramento e avaliação do <i>Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas</i> (PIC); - Atualização da lista do PIC deve ser a cada 2 anos; - Gestão de saúde pública: coordenação intersetorial; gestão do risco em saúde; participação social; vigilância em saúde pública etc.; - PIC: plano complementar ao POS, dirigido para impactar nos determinantes sociais → administrado pelo Estado; - Princípios: gratuidade; territorialidade; - Competências: Nação, departamentos, municípios e instituições contratadas para execução do PIC. Municípios devem se articular com EAPB; - Contratação prioritária das Empresas Sociais do Estado.
	Resolução 1479	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecimento dos procedimentos para o reembolso do pagamento de serviços e tecnologias sem cobertura do POS para o subsidiado; - Financiamento pelo Sistema Geral de Participações, recursos próprios das entidades territoriais; - Itens devem ser autorizados pelos Comitês Técnico-Científicos das EPS e prestados pelas Empresas Sociais do Estado, exceto se no território não tiver prestador público que ofereça o serviço (nesse caso, pode-se contratar); - Departamentos e distritos podem negociar e realizar compra centralizada de serviços e tecnologias sem cobertura pelo POS (a partir de alguns parâmetros); - Regras para os reembolsos e auditorias.

Ano	Marco legal	Conteúdo e questões importantes
2015 (cont.)	Decreto 2353	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivo de unificar e atualizar as regras de filiação ao SGSSS e criar o Sistema de Filiação Transacional (SAT); - SAT: conjunto de processos, procedimentos e instrumentos técnico-administrativos destinado ao registro e consulta das informações básicas e complementares dos filiados (responsáveis e núcleos familiares); - Elementos do Sistema: informações para a correta identificação dos filiados; para controlar a multifiliação; situação de pagamentos e cotizações; controle de mobilidade entre regimes; entre outras. - Registro único por filiado e validação da informação não pode ser obstáculo para a continuidade da assistência; - Proibição de seleção de risco pelas EPS para filiação. Vedada negação de filiação e encaminhamento para outra EPS.
	Lei 1753	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do Plano de Desenvolvimento Nacional 2014-2018 (três pilares: paz, equidade e educação); - Normas, modelos e diretrizes para tecnologias da informação e comunicação para atendimento ao cidadão (agendamento eletrônico de consultas médicas; História Clínica Eletrônica; serviços de telemedicina e telessaúde); - Criação da Administradora dos Recursos do Sistema Geral de Previdência Social em Saúde (ADRES), vinculada ao Ministério da Saúde e Proteção Social, com personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira e patrimônio autônomo; responsável pela gestão dos recursos do SGSSS (Sistema Geral de Participações, produto do monopólio, de jogos de azar, cotizações, parte do Imposto de Renda destinado para ações de equidade; recursos do Orçamento Geral da Nação destinados à universalização da cobertura e unificação dos planos, Seguro Obrigatório de Acidentes de Trânsito; imposto social sobre armas e munições; copagamentos; rendimentos dos próprios recursos do Sistema; recursos parafiscais de proteção social; - Substitui o Fosyga quando iniciar suas atividades.
2016	Resolução 429	<ul style="list-style-type: none"> - Adoção da PAIS: orienta os objetivos do SGSSS, buscando-se uma mudança nas prioridades do Estado como regulador e subordinação das prioridades e interesses dos integrantes do sistema à melhora das condições de saúde da população; - Exigência de uma ação coordenada entre as entidades territoriais (saúde pública), as EAPB e IPS, com seguimento dos Planos Territoriais de Saúde; - Marco estratégico: fundamentado na APS, com enfoque na saúde familiar e comunitária e diferencial segundo risco e território; - Marco operacional: MIAS → "conjunto de processos de intervenção, priorização e arranjos institucionais" para direcionar a atuação dos integrantes do sistema e cujos componentes são: caracterização da população (curso de vida, grupos de risco para planejamento das ações coerentes às necessidades de saúde da população); RIAS (ferramenta obrigatória que define as condições necessárias para se garantir a integralidade, por meio ações individuais e coletivas); Gestão Integral do Risco em Saúde; delimitação territorial (território urbano, com alta ruralidade e disperso); RED (conjunto articulado dos prestadores ou organização funcionais em âmbito territorial); redefinição do papel das seguradoras com enfoque territorial e fortalecimento da gestão do risco; ajustes nos sistemas de informação.
	Decreto 780	<ul style="list-style-type: none"> - Decreto único regulamentário do Setor Saúde e de Proteção social; - Compilação e atualização dos regulamentos e normas referentes aos órgãos e entidades do sistema; - Reprodução de alguns instrumentos legais; - Unificação das regras de funcionamento das EPS e estabelecimento da possibilidade de cada seguradora solicitar autorização para prestação de serviços em ambos os regimes; - Livro 1: estrutura do sistema (órgãos e entidades centralizados e descentralizados); regras de filiação comuns e por regime (vedações para as EPS e entes territoriais, direitos e deveres; multifiliações; portabilidade; mobilidade entre regimes; cotizações; pagamento de prestações não incluídas; populações vulneráveis; liquidação de EPS e transferência de usuários); aportes regime contributivo (filiados e patronais); orçamento e financiamento dos regimes; cobertura; prestações econômicas; planos voluntário de saúde/medicina pré-paga; transporte de pacientes; regras para EPS e IPS (autorização de funcionamento, solvência; investimentos; patrimônio; contratos; prestação de contas; sanções etc.); sistemas de informação; inspeção, vigilância e controle; prestadores públicos (orçamento; infraestrutura; regime jurídico etc.).

Ano	Marco legal	Conteúdo e questões importantes
2016 (cont.)	Lei 1797	<ul style="list-style-type: none"> - Medidas de caráter financeiro e operacional para avançar no processo de saneamento das dívidas do setor e na melhoria do fluxo de recursos e qualidade da prestação dos serviços; - Utilização de excedentes e saldos não empenhados e devolução de recursos pelas EPS: pagamento das dívidas com prestadores; pagamento de dívidas dos entes territoriais para com EPS do regime subsidiado; - Disponibilização de linhas de crédito para as EPS para sanarem as dívidas com prestadores; - Disponibilização de linhas de crédito para os prestadores, para gerar liquidez; - Recursos complementares para socorrer as Empresas Sociais do Estado; - Mecanismo de transferência direta (<i>giro directo</i>): repasse direto dos recursos, pelo Fosyga/Adres, para as IPS do Regime Contributivo, no caso de EPS que não cumprirem as metas de solvência. Vale para itens incluídos e não incluídos no Plano de Benefícios; - Transferência direta no regime subsidiado: para itens incluídos; - Auditorias e controle das prestações de contas realizada pela SNS; - Plano de incentivos para hospitais universitários.
	Resolução 3951	<ul style="list-style-type: none"> - Procedimentos para acesso, notificação de prescrição (em um aplicativo, que seria o MiPres), fornecimento e análise no SISPRO referentes a serviços e tecnologias não PBS; - Revogou a Resolução 1328 do mesmo ano, que havia extinguido os Comitês Técnico-Científicos; - Regras para acesso ao aplicativo e realização das prescrições. Exceções são as mesmas elencadas na Lei Estatutária; - O profissional prescritor do item não PBS tem responsabilidade direta sobre a prescrição, considerando sua autonomia, os princípios científicos e éticos. Se o profissional for vinculado a uma IPS, esta também é responsável; - Uma vez realizada a prescrição a EPS seu fornecimento deve ser garantido. Não deve haver barreira de acesso; - Estabeleceu o mecanismo de reconhecimento da cobrança de serviços sem cobertura, conhecido como Não-POS (PBS), ordenado por ordem judicial
	Resolução 6408	<ul style="list-style-type: none"> - Modificação do Plano de Benefícios de Saúde cobrado da UPC; - Porta de entrada do sistema: urgências e emergências; consulta médica (pediatria, obstetrícia ou medicina familiar) ou odontológica geral. Para demais especialidades, o usuário deve ser encaminhado por um desses profissionais (exceto em caso de gravidez, puerpério ou alguma doença crônica que necessite de acompanhamento); - Após a filiação a alguma EPS, todos os usuários devem escolher, dentro da rede da seguradora, uma IPS para adscrição; - Aprovou o PBS para todos os colombianos: ações de promoção e prevenção (APS, PAIS, MIAS e RIAS; detecção precoce; preservativos e vacinas); de recuperação (lista de tecnologias e serviços que são incluídos), urgências, atenção ambulatorial, internação compartilhada; atenção domiciliar; entre outras prestações; - As EPS deverão custear o transporte ambulatorial quando o usuário precisar se deslocar para outro município que não o de residência para receber os serviços.

Ano	Marco legal	Conteúdo e questões importantes
2017	Resolução 330	- Adoção do procedimento técnico-científico e participativo para aplicação dos critérios de exclusão definidos pela Lei Estatutária quanto aos serviços e tecnologias que não poderão ser financiados com recursos públicos; - Quatro fases: 1) Fase de nomeação e priorização; 2) Fase de análise técnico-científica; 3) Fase de consulta para pacientes potencialmente afetados e 4) Fase de adoção e publicação das decisões.
	Resolução 532	- Postergação do início do funcionamento do MIPRES; - Modificação de alguns artigos da Resolução 3951 de 2016; - EPS e IPS podem realizar auditorias das prescrições e dar <i>feedback</i> aos profissionais, mas sem cerceá-los em sua autonomia, ou reter seus salários ou mudar as prescrições.
	Resolução 1268	- Critérios para filiação de ofício ao regime subsidiado de pessoas que se recusam a filiar-se ao SGSSS.
	Resolução 2063	- Adoção da Política de Participação Social em Saúde (PPSS), cujo objetivo é a intervenção da comunidade na organização, controle, gestão e fiscalização das instituições do sistema de saúde como um todo; - Formas de participação: conselhos territoriais; comitê de participação comunitária; ouvidorias cidadãs.
	Resolução 5269	- Atualização integral do PBS; - 41 definições relacionadas à cobertura do PBS; - Lista de tipos de tratamentos, doenças e medicamentos.
2018	Decreto 682	- Condições para a autorização de funcionamento, habilitação e permanência, que devem ser cumpridas pelas EPS; - Unificação das regras operacionais para EPS e estabelecimento da possibilidade de solicitação de autorização para prestar serviços dois regimes; - Seguradoras devem ter sistema eletrônico de autorização de serviços e medicamentos; - Condições técnicas, científicas, administrativas, financeiras, de solvência; capacidade tecnológica etc.
	Resolução 1885	- Estabelecimento do procedimento de acesso, prescrição (requisitos, quando todas as possibilidades terapêuticas disponibilizadas tiverem se esgotado); realização pelo MIPRES; fornecimento (prazos, condições etc.), verificação e controle (auditoria), pagamento (reembolso pela ADRES) e análise da informação de tecnologias não financiadas pela UPC; - Valor a ser reembolsado será deduzido da cota moderadora ou copagamento que por ventura tenha sido pago pelo filiado.
	Circular 014	- Impossibilidade de embargo dos recursos destinados ao SGSSS: fundamentos constitucionais e legais para essa vedação.
	Resolução 2438	Todas as tecnologias de saúde não PBS e serviços complementares, prescritos pelo profissional de atendimento ou aprovados pelo conselho de profissionais ou solicitados por meio de decisões de tutela, devem ser ordenadas através do MIPRES. - Nova regulação abordando o sistema para prescrição de itens não PBS.
	Lei 1917	- Criação do Sistema Nacional de Residências Médicas, dirigido a profissionais de saúde que cursa, programas acadêmicos de especialização médico-cirúrgica. - Financiamento pela ADRES.
	Resolução 5871	- Adia a inscrição no MIPRES pelas entidades territoriais e o funcionamento do aplicativo para o regime subsidiado

Ano	Marco legal	Conteúdo e questões importantes
2019	Lei 1949	- Fortalecimento da SNS (redefinição de competência, poder de sanção administrativa, vigilância e controle)
	Lei 1955	- PND 2018 – 2022; - <i>Acuerdo de Punto Final</i> : acordos para saneamento definitivo das dívidas das EPS em relação aos serviços e tecnologias fora da UPC. - Se EPS não quiser aderir, deve assinar termo de compromisso de que não irá recorrer à justiça; - Busca pela equidade; metas de cobertura; população vulnerável etc.
	Lei 1966	- Adoção de medidas para a gestão e transparência do uso dos recursos financeiros do Sistema; - Reorganização e racionalização das redes prestadoras de Serviços de Saúde; - Estabelecimento de incentivos à gestão e resultados em saúde; - Criação do Sistema Integrado de Controle, Inspeção e Vigilância para o setor saúde, o Sistema Integral de Informação Financeira e Assistencial e também o Registro de Contratação de Serviços e Tecnologias de Saúde; - Unificação dos sistemas de informação de gestão financeira e assistencial; - Programa de saneamento fiscal e financeiro para as empresas sociais do Estado.
	Resolução 2626	- Adoção do MAITE e modificação do PAIS.
	Decreto 2106	- Objetivo de simplificar, suprimir e reformar os trâmites, processos e procedimentos desnecessários da Administração Pública; - Obrigação de uso de canais e serviços digitais; - Procedimentos para licenciamento de produtos derivados da <i>cannabis</i> com fins medicinais e científicos; registro sanitário novos medicamentos e também de praguicidas; - Procedimentos para habilitação de prestadores de serviços de saúde; - Prazos para cobranças e solicitações de reembolsos; - Proibição de exigência de comprovante de filiação dos usuários pelas EPS e IPS para prestação dos serviços; - Simplificação dos tramites para autorização de procedimentos eletivos.
	Resolução 3100	- Definição dos procedimentos e condições de inscrição dos prestadores e de habilitação dos serviços e adoção do Manual de Inscrição de Prestadores e Habilitação de Serviços de Saúde; - Condicionantes para entrada e permanência dos prestadores no SGSSS: capacidade técnico-administrativa; suficiência patrimonial e financeira; capacidade tecnológica e científica; - Obrigação de auto avaliação e notificação de ocorrências.
	Decreto 2154	- Termos e condições de avaliação do esforço fiscal das entidades territoriais para cofinanciamento, por parte da Nação, das dívidas com tecnologias e serviços Não POS.
	Resolução 3315	- Termos e condições do repasse de informações para seguimento das cobranças e reembolsos referentes a serviços e tecnologias não financiadas pela UPC.
Resolução 3539	- Adoção do instrumento para que as entidades responsáveis pelos seguros de saúde dos Regimes Contributivo e Subsidiado informem os serviços e tecnologias de saúde solicitados pelo médico assistente, que são negados.	

Ano	Marco legal	Conteúdo e questões importantes
2020	Circular 10 do CNPMDM	- Unificação da lista de medicamentos sob controle de preços e atualização com base no IPC.
	Resolução 385	- Emergência sanitária

APÊNDICE 8 - Série histórica dos dados gerais sobre tutelas, Colômbia, 1992 a 2019.

Variáveis e indicadores	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
População total ¹	34422568	35091272	35758978	36421438	37076387	37723803	38364307
Total de tutelas ²	10732	20181	26715	29950	31248	33663	38248
Crescimento anual total de tutelas (%) ³	—	88,05	32,38	12,11	4,33	7,73	13,62
Nº de tutelas/10.000 habitantes ⁴	3,12	5,75	7,47	8,22	8,43	8,92	9,97
Crescimento Nº de tutelas/10.000 habitantes (%)	—	84,29	29,91	10,04	2,55	5,81	11,77
Nº de tutelas em saúde ⁵	—	—	—	—	—	—	—
Crescimento anual tutelas saúde (%) ⁶	—	—	—	—	—	—	—
Nº de tutelas em saúde/10.000 habitantes ⁷	—	—	—	—	—	—	—
Crescimento nº de tutelas em saúde/10.000 habitantes (%)	—	—	—	—	—	—	—
% tutelas em saúde (em relação ao total) ⁸	—	—	—	—	—	—	—
% das tutelas em saúde com decisões favoráveis em 1ª instância (%) ⁹	—	—	—	—	—	—	—
Nº de itens solicitados via tutelas em saúde ¹⁰	—	—	—	—	—	—	—
Crescimento nº de itens solicitados via tutelas em saúde	—	—	—	—	—	—	—
Nº de tutelas pelo direito à vida ¹¹	—	—	—	—	—	—	—
% tutelas pelo direito à vida (em relação ao total) ⁸	—	—	—	—	—	—	—
Nº de tutelas pelo direito à vida digna e dignidade humana ¹²	—	—	—	—	—	—	—
% Tutelas direito à vida digna e dignidade humana ⁸	—	—	—	—	—	—	—

Variáveis e indicadores	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
População total ¹	38999468	39629965	40255956	40875363	41483872	42075953	42647731
Total de tutelas ²	86313	131764	133272	143887	149439	198125	224270
Crescimento anual total de tutelas (%) ³	125,67	52,66	1,14	7,96	3,86	32,58	13,20
Nº de tutelas/10.000 habitantes ⁴	22,13	33,25	33,11	35,20	36,02	47,09	52,59
Crescimento Nº de tutelas/10.000 habitantes (%)	121,97	50,25	-0,42	6,31	2,33	30,73	11,68
Nº de tutelas em saúde ⁵	21301	24843	34319	42734	51944	72033	81017
Crescimento anual tutelas saúde (%) ⁶	—	16,63	38,14	24,52	21,55	38,67	12,47
Nº de tutelas em saúde/10.000 habitantes ⁷	5,46	6,27	8,53	10,45	12,52	17,12	19,00
Crescimento nº de tutelas em saúde/10.000 habitantes (%)	—	14,84	36,04	22,51	19,81	36,74	10,98
% tutelas em saúde (em relação ao total) ⁸	24,68	18,85	25,75	29,70	34,76	36,36	36,12
% das tutelas em saúde com decisões favoráveis em 1ª instância (%) ⁹	72,20	75,90	79,80	80,60	83,50	83,50	83,50
Nº de itens solicitados via tutelas em saúde ¹⁰	24961	30234	46326	52689	66481	92544	110936
Crescimento nº de itens solicitados via tutelas em saúde	—	21,12	53,22	13,74	26,18	39,2	19,87
Nº de tutelas pelo direito à vida ¹¹	—	—	—	—	53003	73997	81838
% tutelas pelo direito à vida (em relação ao total) ⁸	—	—	—	—	35,5	37,3	36,5
Nº de tutelas pelo direito à vida digna e dignidade humana ¹²	—	—	—	—	2982	5785	8044
% Tutelas direito à vida digna e dignidade humana ⁸	—	—	—	—	2,00	2,90	3,60

Variáveis e indicadores	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
População total ¹	43200901	43737512	44254972	44750054	45222699	45662747	46075721
Total de tutelas ²	256166	283637	344468	370640	403380	405359	424400
Crescimento anual total de tutelas (%) ³	14,22	10,72	21,45	7,60	8,83	0,49	4,70
Nº de tutelas/10.000 habitantes ⁴	59,30	64,85	77,84	82,82	89,20	88,77	92,11
Crescimento Nº de tutelas/10.000 habitantes (%)	12,76	9,36	20,03	6,40	7,70	-0,48	3,76
Nº de tutelas em saúde ⁵	96226	107238	142957	100490	94502	105947	114313
Crescimento anual tutelas saúde (%) ⁶	18,77	11,44	33,31	-29,71	-5,96	12,11	7,90
Nº de tutelas em saúde/10.000 habitantes ⁷	22,27	24,52	32,30	22,46	20,90	23,20	24,81
Crescimento nº de tutelas em saúde/10.000 habitantes (%)	17,21	10,10	31,73	-30,46	-6,95	11,00	6,94
% tutelas em saúde (em relação ao total) ⁸	37,56	37,81	41,50	27,11	23,43	26,14	26,94
% das tutelas em saúde com decisões favoráveis em 1ª instância (%) ⁹	86,00	86,00	86,00	80,70	79,70	80,40	80,67
Nº de itens solicitados via tutelas em saúde ¹⁰	135558	124477	162793	152544	205809	226747	233857
Crescimento nº de itens solicitados via tutelas em saúde	22,19	-8,17	30,78	-6,3	34,92	10,17	3,14
Nº de tutelas pelo direito à vida ¹¹	86320	91251	88621	65240	41421	36519	29491
% tutelas pelo direito à vida (em relação ao total) ⁸	33,70	32,20	25,70	17,60	10,22	9,01	6,95
Nº de tutelas pelo direito à vida digna e dignidade humana ¹²	16189	16810	41197	53798	65184	59021	59142
% Tutelas direito à vida digna e dignidade humana ⁸	6,30	5,90	12,00	14,50	16,08	14,56	13,94

Variáveis e indicadores	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
População total ¹	46495492	46967706	47520667	48175048	48909844	49661056	50339443
Total de tutelas ²	454500	498240	614520	617071	607499	607308	620257
Crescimento anual total de tutelas (%) ³	7,09	9,62	23,34	0,42	-1,55	-0,03	2,10
Nº de tutelas/10.000 habitantes ⁴	97,75	106,08	129,32	128,09	121,21	122,29	123,22
Crescimento Nº de tutelas/10.000 habitantes (%)	6,12	8,52	21,91	-0,95	-5,37	0,89	0,76
Nº de tutelas em saúde ⁵	115147	118281	151213	163977	197655	207734	207368
Crescimento anual tutelas saúde (%) ⁶	0,73	2,72	27,84	8,44	20,54	5,10	-0,18
Nº de tutelas em saúde/10.000 habitantes ⁷	24,77	25,18	31,82	34,04	40,41	41,83	41,19
Crescimento nº de tutelas em saúde/10.000 habitantes (%)	-0,16	1,66	26,37	6,98	18,71	3,51	-1,53
% tutelas em saúde (em relação ao total) ⁸	25,33	23,74	24,61	26,57	32,54	34,21	33,43
% das tutelas em saúde com decisões favoráveis em 1ª instância (%) ⁹	81,05	83,16	83,16	85,46	85,55	82,18	79,90
Nº de itens solicitados via tutelas em saúde ¹⁰	229300	233473	299905	357097	448919	485703	487015
Crescimento nº de itens solicitados via tutelas em saúde	-1,95	1,82	28,45	19,07	25,71	8,19	0,27
Nº de tutelas pelo direito à vida ¹¹	26527	23785	22359	10819	12130	17565	15325
% tutelas pelo direito à vida (em relação ao total) ⁸	5,84	4,77	3,64	1,75	2,00	2,89	2,47
Nº de tutelas pelo direito à vida digna e dignidade humana ¹²	61611	72503	60425	1234	1413	1241	1188
%Tutelas direito à vida digna e dignidade humana ⁸	13,56	14,55	9,83	0,2	0,23	0,20	0,19

¹População total. Fonte: The World Bank. Health: Population: Structure. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicador/SP.POP.TOTL?end=2020&locations=BR-CO&start=1990&view=chart>>. Acesso em: 01 nov. 2021.

²Total de tutelas por violações presumidas de direito fundamental. Ressalta-se que mais de um direito pode ser evocado em uma ação de tutela. Fonte: Relatórios Defensoría del Pueblo (2004; 2007; 2009; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019; 2020).

³Incremento (%) do volume de tutelas em relação ao ano anterior. Fonte: Relatórios Defensoría del Pueblo (2004; 2007; 2009; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019; 2020).

⁴Número de tutelas para cada 10 mil habitantes (n^0 de tutelas/população total x 10.000). Cálculos próprios.

⁵Número de tutelas por violações presumidas do direito à saúde. Fonte: Relatórios Defensoría del Pueblo (2004; 2007; 2009; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019; 2020).

⁶Incremento (%) do volume de tutelas em saúde em relação ao ano anterior. Fonte: Relatórios Defensoría del Pueblo (2004; 2007; 2009; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019; 2020).

⁷Número de tutelas em saúde para cada 10 mil habitantes (n^0 de tutelas em saúde/população total x 10.000). Cálculos próprios.

⁸Percentual de tutelas por violações presumidas do direito à saúde, à vida, à integridade física e à vida digna e dignidade humana em relação ao total de tutelas por violações presumidas de direito fundamental. Fonte: Relatórios Defensoría del Pueblo (2004; 2007; 2009; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019; 2020).

⁹Percentual de tutelas por violações presumidas do direito à saúde com decisões favoráveis em primeira instância. Fonte: Relatórios Defensoría del Pueblo (2004; 2007; 2009; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019; 2020).

¹⁰Itens (serviços, produtos, medicamentos, questões administrativas etc.) solicitados em amostra aleatória representativa e estratificada das tutelas em saúde, por ano. Cada tutela pode ter mais de uma solicitação. Fonte: Relatórios Defensoría del Pueblo (2004; 2007; 2009; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019; 2020).

¹¹Número de tutelas por violações presumidas do direito fundamental à vida. Fonte: Relatórios Defensoría del Pueblo (2007; 2009; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019; 2020).

¹²Número de tutelas por violações presumidas do direito fundamental à vida digna e dignidade humana. Fonte: Relatórios Defensoría del Pueblo (2007; 2009; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019; 2020).

Tipos de itens demandados¹		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Subtotal	TOTAL
Tratamentos e exames diagnósticos ²	n	88088	82010	104944	128826	160900	181524	177664	923956	1523964
	%	38,42	35,13	34,99	36,08	35,84	37,37	36,48	36,36	36,22
Medicamentos ³	n	36510	37621	51795	75618	97023	86170	80543	465280	769826
	%	15,92	16,11	17,27	21,18	21,61	17,74	16,53	18,31	18,30
Consultas ⁴	n	26303	29038	34140	43879	60272	72717	90482	356831	522121
	%	11,47	12,44	11,38	12,29	13,43	14,97	18,58	14,04	12,41
Cirurgias	n	21587	22308	28324	33567	41284	44500	45630	237200	499759
	%	9,41	9,55	9,44	9,40	9,20	9,16	9,37	9,33	11,88
Dispositivos médico-cirúrgicos e insumos ⁵	n	20778	00323903	34005	30754	37489	36519	43118	226566	377424
	%	9,06	10,24	11,34	8,61	8,35	7,52	8,85	8,91	8,97
Outros itens não assistenciais ⁶	n	18449	17378	21121	17230	20040	21423	14345	129986	234947
	%	8,05	7,44	7,04	4,83	4,47	4,41	2,95	5,11	5,58
Hospedagem/alojamento e transporte não assistenciais	n	10989	14452	20546	24256	28647	32960	34577	166427	193778
	%	4,79	6,19	6,85	6,79	6,38	6,79	7,10	6,55	4,61
Outros pedidos diferentes de saúde	n	6596	6763	5030	2967	3264	2824	656	28100	78483
	%	2,88	2,90	1,68	0,83	0,73	0,58	0,13	1,11	1,87
Exclusões	n	0	0	0	0	0	7066	0	7066	7066
	%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,45	0,00	0,28	0,17
TOTAL POR ANO		229300	233473	299905	357097	448919	485703	487015	2541412	4207368
		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

¹Itens demandados via tutelas em saúde em cada ano (cada tutela pode ter mais de um pedido). Fonte: Relatórios Defensoría del Pueblo (2004; 2007; 2009; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019; 2020).

²Tratamento integral; laboratório clínico; procedimentos diagnósticos e terapêuticos; imagens diagnósticas; terapias; internação; segurança e saúde no trabalho; medicina nuclear; transporte assistencial; quimioterapia; radioterapia/laboratório de histotecnologia; Hemodinâmica e intervencionismo; diálise; hospitalização domiciliar; UTI; vacinação; internação de paciente crônico; laboratório de citologias cervicouterinas etc.

³Inclui produtos nutricionais (suplementos dietéticos; fórmulas lácteas; bebidas); medicamentos sintéticos, biológicos e fitoterápicos.

⁴Consulta externa especializada e consulta externa geral

⁵Insumos hospitalários (suturas, materiais etc.); próteses e órteses; fraldas; insumos domiciliares (camas, suportes, soro etc.); cosméticos e produtos de higiene

⁶Questões referentes ao asseguamento etc.

APÊNDICE 10 - Série histórica do número tutelas em saúde de acordo com a especialidade demandada, Colômbia, 1999 a 2019.

Especialidades demandadas¹		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Neurologia/ neurocirurgia	n	640	980	2225	3671	6124	9422	9911	13585	13283	16682	17688
	%	3,21	4,08	5,62	8,07	10,37	11,21	9,79	11,22	11,57	10,89	13,33
Oncologia	n	1917	1366	4049	3833	6207	10492	12484	13133	11783	12818	11012
	%	9,61	5,69	10,23	8,43	10,51	12,48	12,33	10,84	10,26	8,37	8,30
Ortopedia, traumatologia e fisioterapia	n	1638	2806	3325	3216	5517	8097	11094	10091	10577	10270	8680
	%	8,22	11,69	8,40	7,07	9,34	9,63	10,96	8,33	9,21	6,70	6,54
Oftalmologia	n	2176	1895	4220	2703	4445	7245	8275	11833	13661	18918	12269
	%	10,91	7,90	10,67	5,94	7,53	8,62	8,17	9,77	11,90	12,35	9,24
Urologia/Nefrologia	n	501	1557	1402	1046	5322	5327	6963	7970	6742	9553	9335
	%	2,51	6,49	3,54	2,30	9,01	6,34	6,88	6,58	5,87	6,24	7,03
Cardiologia	n	2680	3823	6511	8670	9142	12664	14990	14444	9619	14951	6952
	%	13,44	15,93	16,46	19,06	15,48	15,07	14,81	11,93	8,38	9,76	5,24
Endocrinologia	n	494	676	1348	1297	2246	2882	4736	4054	3746	4054	3875
	%	2,48	2,82	3,41	2,85	3,80	3,43	4,68	3,35	3,26	2,65	2,92
Gastroenterologia	n	628	856	980	541	2048	2598	2895	5908	8926	11182	7718
	%	3,15	3,57	2,48	1,19	3,47	3,09	2,86	4,88	7,77	7,30	5,81
Otorrinolaringologia	n	1931	889	1524	1131	2732	4463	4975	6710	5324	9243	7973
	%	9,69	3,70	3,85	2,49	4,63	5,31	4,91	5,54	4,64	6,03	6,01
Ginecologia/ obstetrícia	n	829	220	832	499	1658	2525	3113	3118	3719	4850	9254
	%	4,16	0,92	2,10	1,10	2,81	3,00	3,07	2,57	3,24	3,17	6,97
Cirurgia geral e outras cirurgias	n	1257	511	804	1134	1486	2265	3025	4577	2045	4438	5488
	%	6,30	2,13	2,03	2,49	2,52	2,69	2,99	3,78	1,78	2,90	4,13
Medicina interna	n	0	0	0	0	1345	2245	3156	4907	3949	6021	4448
	%	0,00	0,00	0,00	0,00	2,28	2,67	3,12	4,05	3,44	3,93	3,35
Psiquiatria e psicologia	n	234	456	584	933	1074	1124	1608	2632	2755	3136	2938
	%	1,17	1,90	1,48	2,05	1,82	1,34	1,59	2,17	2,40	2,05	2,21
Pneumologia	n	170	114	571	503	1025	914	1603	1910	3574	5044	3478
	%	0,85	0,47	1,44	1,11	1,74	1,09	1,58	1,58	3,11	3,29	2,62
Reumatologia	n	60	560	394	690	1094	2575	2332	2258	2904	3797	4740
	%	0,30	2,33	1,00	1,52	1,85	3,06	2,30	1,86	2,53	2,48	3,57
Angiologia/Vascular	n	0	0	0	0	1141	1809	2609	2942	3721	5133	2240
	%	0,00	0,00	0,00	0,00	1,93	2,15	2,58	2,43	3,24	3,35	1,69
Infectologia	n	970	1815	2722	4458	3605	3082	2418	2187	820	846	1338
	%	4,87	7,56	6,88	9,80	6,11	3,67	2,39	1,81	0,71	0,55	1,01
Odontologia e Maxilo- facial	n	216	193	246	235	247	306	516	969	1456	1746	2303
	%	1,08	0,80	0,62	0,52	0,42	0,36	0,51	0,80	1,27	1,14	1,74
Dermatologia	n	116	57	111	215	244	594	1062	1315	1853	2324	2849
	%	0,58	0,24	0,28	0,47	0,41	0,71	1,05	1,09	1,61	1,52	2,15
Hematologia	n	0	0	0	0	293	361	433	713	876	1642	1578
	%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,50	0,43	0,43	0,59	0,76	1,07	1,19
Cirurgia plástica	n	99	114	166	221	635	745	641	2047	957	1917	1997
	%	0,50	0,47	0,42	0,49	1,08	0,89	0,63	1,69	0,83	1,25	1,50
Pediatría	n	0	0	0	0	73	406	335	393	473	938	919
	%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,12	0,48	0,33	0,32	0,41	0,61	0,69
Nutricionista	n	0	0	0	0	0	0	0	202	0	48	136
	%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,17	0,00	0,03	0,10
Proctologia	n	57	0	269	0	0	0	0	0	188	241	0
	%	0,29	0,00	0,68	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,16	0,16	0,00
Transplantes	n	443	723	2055	1531	0	0	0	0	0	0	0
	%	2,22	3,01	5,19	3,37	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Clínica geral	n	57	0	0	57	0	0	0	747	440	778	41
	%	0,29	0,00	0,00	0,13	0,00	0,00	0,00	0,62	0,38	0,51	0,03
Alergologia	n	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não se aplica/ Não informada/ Outras	n	2825	4390	5227	8902	1341	1907	2069	2476	1443	2618	3487
	%	14,17	18,29	13,21	19,57	2,27	2,27	2,04	2,04	1,26	1,71	2,63
TOTAL POR ANO		19938	24001	39565	45486	59044	84048	101243	121121	114834	153188	132736

Especialidades demandadas¹		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Neurologia/ neurocirurgia	n	20097	25560	25870	29227	19351	28603	27368	30871	27230	30714	359102
	%	14,85	17,65	17,43	20,59	21,50	23,82	16,62	15,62	13,11	15,35	14,68
Oncologia	n	8559	11326	14184	14300	9570	14393	16939	18755	18145	21546	236811
	%	6,32	7,82	9,56	10,07	10,63	11,99	10,28	9,49	8,73	10,77	9,68
Ortopedia, traumatologia e fisioterapia	n	10983	12042	14240	11145	7496	10764	16088	21904	27762	23171	230906
	%	8,12	8,32	9,59	7,85	8,33	8,97	9,77	11,08	13,36	11,58	9,44
Oftalmologia	n	12583	11492	10049	7849	4865	7332	8463	9804	14016	15082	189175
	%	9,30	7,94	6,77	5,53	5,41	6,11	5,14	4,96	6,75	7,54	7,73
Urologia/Nefrologia	n	9976	10837	10833	9470	6612	9143	14175	17179	17866	17217	179026
	%	7,37	7,48	7,30	6,67	7,35	7,62	8,61	8,69	8,60	8,60	7,32
Cardiologia	n	6318	6857	5033	3636	2811	4545	6090	7774	7943	6941	162394
	%	4,67	4,74	3,39	2,56	3,12	3,79	3,70	3,93	3,82	3,47	6,64
Endocrinologia	n	4702	5942	7904	7278	4298	7946	6683	4807	8611	10862	98441
	%	3,47	4,10	5,33	5,13	4,78	6,62	4,06	2,43	4,15	5,43	4,02
Gastroenterologia	n	7727	6485	8380	6492	4022	4307	5637	2783	3765	2835	96713
	%	5,71	4,48	5,65	4,57	4,47	3,59	3,42	1,41	1,81	1,42	3,95
Otorrinolaringologia	n	5514	6735	5748	4165	2757	4053	3341	3583	7478	5521	95790
	%	4,07	4,65	3,87	2,93	3,06	3,38	2,03	1,81	3,60	2,76	3,92
Ginecologia/ obstetrícia	n	6396	6912	5079	4799	1689	3775	4627	4926	6387	8056	83263
	%	4,73	4,77	3,42	3,38	1,88	3,14	2,81	2,49	3,07	4,03	3,40
Cirurgia geral e outras cirurgias	n	5155	5577	4532	3635	2824	951	5596	8285	8206	9400	81191
	%	3,81	3,85	3,05	2,56	3,14	0,79	3,40	4,19	3,95	4,70	3,32
Medicina interna	n	7842	6003	4535	7257	2199	1440	2552	7512	2974	2375	70760
	%	5,79	4,15	3,06	5,11	2,44	1,20	1,55	3,80	1,43	1,19	2,89
Psiquiatria e psicologia	n	4247	4476	5936	5343	3741	3738	7498	5984	8445	0	66882
	%	3,14	3,09	4,00	3,76	4,16	3,11	4,55	3,03	4,07	0,00	2,73
Pneumologia	n	3808	3167	4605	3403	3267	4064	4578	6559	6728	6749	65834
	%	2,81	2,19	3,10	2,40	3,63	3,38	2,78	3,32	3,24	3,37	2,69
Reumatologia	n	4409	4299	3341	3603	2412	2673	4032	4311	2710	2883	56077
	%	3,26	2,97	2,25	2,54	2,68	2,23	2,45	2,18	1,30	1,44	2,29
Angiologia/Vascular	n	2132	2678	1916	2401	1472	1446	2600	3367	5104	4248	46959
	%	1,58	1,85	1,29	1,69	1,64	1,20	1,58	1,70	2,46	2,12	1,92
Infectologia	n	807	1259	737	340	1138	1630	2636	3005	2126	3231	41170
	%	0,60	0,87	0,50	0,24	1,26	1,36	1,60	1,52	1,02	1,61	1,68
Odontologia e Maxilo- facial	n	2762	2376	2719	3271	3924	2970	2105	3512	3452	2989	38513
	%	2,04	1,64	1,83	2,30	4,36	2,47	1,28	1,78	1,66	1,49	1,57
Dermatologia	n	2557	1830	2308	3759	1657	1278	1789	2576	3220	3335	35049
	%	1,89	1,26	1,56	2,65	1,84	1,06	1,09	1,30	1,55	1,67	1,43
Hematologia	n	2089	1056	1499	1002	487	697	923	2637	2396	1624	20306
	%	1,54	0,73	1,01	0,71	0,54	0,58	0,56	1,33	1,15	0,81	0,83
Cirurgia plástica	n	1310	1163	1254	2048	1242	915	973	0	0	0	18444
	%	0,97	0,80	0,84	1,44	1,38	0,76	0,59	0,00	0,00	0,00	0,75
Pediatria	n	1251	859	1296	802	177	0	351	5222	4167	0	17662
	%	0,92	0,59	0,87	0,56	0,20	0,00	0,21	2,64	2,01	0,00	0,72
Nutricionista	n	447	607	403	0	380	936	1133	3087	2064	4992	14435
	%	0,33	0,42	0,27	0,00	0,42	0,78	0,69	1,56	0,99	2,49	0,59
Proctologia	n	0	0	99	231	227	602	732	638	886	1146	5316
	%	0,00	0,00	0,07	0,16	0,25	0,50	0,44	0,32	0,43	0,57	0,22
Transplantes	n	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4752
	%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,19
Clínica geral	n	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2120
	%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,09
Alergologia	n	0	0	0	0	0	0	189	0	0	1335	1524
	%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11	0,00	0,00	0,67	0,06
Não se aplica/ Não informada/ Outras	n	3653	5264	5922	6508	1372	1864	17611	18584	16053	13861	127377
	%	2,70	3,64	3,99	4,58	1,52	1,55	10,69	9,40	7,73	6,93	5,21
TOTAL POR ANO		135324	144802	148422	141964	89990	120065	164709	197665	207734	200113	2445992

¹Especialidades demandadas nas tutelas em saúde, incluindo medicamentos, próteses, órteses e serviços (consultas, exames, cirurgias, tratamentos e procedimentos. Ordem decrescente pelo total geral. Fonte: Relatórios Defensoría del Pueblo (2004; 2007; 2009; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019; 2020).

APÊNDICE 11 - Série histórica do conteúdo das demandas em saúde (POS/PBS e Não POS/PBS) de acordo com o regime de filiação do tutelante (contributivo ou subsidiado), Colômbia, 2003 a 2008 e 2009 a 2019.

		Cobertura dos pedidos (POS/Não-POS)¹											
		2003			2004			2005			Subtotal 2003-2005		
		POS	Não-POS	Total	POS	Não-POS	Total	POS	Não-POS	Total	POS	Não-POS	Total
Regime	Subsidiado	n	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	% Regime	62,35	37,65	100,00	67,43	32,57	100,00	60,82	39,18	100,00	-	-	-
Regime	Contributivo	n	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	% Regime	55,46	44,54	100,00	59,73	40,27	100,00	52,22	47,78	100,00	-	-	-
Total	n	20623	16181	36804	31163	20471	51634	31237	27628	58865	83023	64280	147303
	% Regime	56,00	44,00	100,00	60,40	39,60	100,00	53,10	46,90	100,00			
		2006			2007			2008			Subtotal 2006-2008		
		POS	Não-POS	Total	POS	Não-POS	Total	POS	Não-POS	Total	POS	Não-POS	Total
Regime	Subsidiado	n	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	% Regime	39,26	60,74	100,00	33,26	66,74	100,00	32,71	67,29	100,00	-	-	-
Regime	Contributivo	n	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	% Regime	67,37	32,63	100,00	54,30	45,7	100,00	54,85	45,15	100,00	-	-	-
Total	n	76719	49275	125994	60178	58480	118658	75774	77956	153730	212671	185711	398382
	% Regime	60,90	39,10	100,00	50,70	49,30	100,00	49,30	50,70	100,00			
Subtotal 2003-2008											295694	249991	545685

		Cobertura do pedido (POS/Não-POS)																	
		2009				2010				2011				Subtotal 2009-2011					
		POS	Não-POS	Total	p ²	POS	Não-POS	Total	p ²	POS	Não-POS	Total	p ²	POS	Não-POS	Total			
Regime	Subsidiado	n	58131	17813	75944		58184	20618	78802		81236	34383	115619		197551	72814	270365		
		% Regime	76,54	23,46	100,00		73,84	26,16	100,00		70,26	29,74	100,00						
		% Cobertura	56,42	37,16	50,30		64,82	43,41	57,41		61,98	55,26	59,81						
	Contributivo	n	44910	30124	75034		31578	26880	58458		49841	27842	77683		126329	84846	211175		
		% Regime	59,85	40,15	100,00	<0,001	54,02	45,98	100,00	<0,001	64,16	35,84	100,00	<0,001					
		% Cobertura	43,58	62,84	49,70		35,18	56,59	42,59		38,02	44,74	40,19						
Total	n	103041	47937	150978		89762	47498	137260		131077	62225	193302		323880	157660	481540			
% Regime	68,25	31,75	100,00		65,40	34,60	100,00		67,81	32,19	100,00								
% Cobertura	100,00	100,00	100,00		100,00	100,00	100,00		100,00	100,00	100,00								
		2012				2013				2014				Subtotal 2012-2014					
		POS	Não-POS	Total	p ²	POS	Não-POS	Total	p ²	POS	Não-POS	Total	p ²	POS	Não-POS	Total			
Regime	Subsidiado	n	79363	25622	104985		65008	20948	85956		59973	25407	85380		204344	71977	276321		
		% Regime	75,59	24,41	100,00		75,63	24,37	100,00		70,24	29,76	100,00						
		% Cobertura	58,52	46,10	54,91		51,19	38,42	47,35		50,51	41,05	47,27						
	Contributivo	n	56243	29955	86198		61993	33580	95573		58772	36485	95257		177008	100020	277028		
		% Regime	65,25	34,75	100,00	<0,001	64,86	35,14	100,00	<0,001	61,70	38,30	100,00	<0,001					
		% Cobertura	41,48	53,90	45,09		48,81	61,58	52,65		49,49	58,95	52,73						
Total	n	135606	55577	191183		127001	54528	181529		118745	61892	180637		381352	171997	553349			
% Regime	70,93	29,07	100,00		69,96	30,04	100,00		65,74	34,26	100,00								
% Cobertura	100,00	100,00	100,00		100,00	100,00	100,00		100,00	100,00	100,00								
		2015				2016				2017				Subtotal 2015-2017					
		POS	Não-POS	Total	p ²	POS	Não-POS	Total	p ²	POS	Não-POS	Total	p ²	POS	Não-POS	Total			
Regime	Subsidiado	n	72433	38132	110565		98826	45674	144500		129566	51697	181263		300825	135503	436328		
		% Regime	65,51	34,49	100,00		68,39	31,61	100,00		71,48	28,52	100,00						
		% Cobertura	47,48	44,59	46,44		48,73	51,81	49,66		48,34	51,87	49,30						
	Contributivo	n	80112	47394	127506		103975	42491	146466		138457	47966	186423		322544	137851	460395		
		% Regime	62,83	37,17	100,00	<0,001	70,99	29,01	100,00	<0,001	74,27	25,73	100,00	<0,001					
		% Cobertura	52,52	55,42	53,56		51,27	48,19	50,34		51,66	48,13	50,70						
Total	n	152547	85524	238071		202801	88165	290966		268021	99664	367685		623369	273354	896723			
% Regime	64,08	35,92	100,00		69,70	30,30	100,00		72,89	27,11	100,00								
% Cobertura	100,00	100,00	100,00		100,00	100,00	100,00		100,00	100,00	100,00								
														Subtotal 2009-2017			1328601	603011	1931612

		Cobertura do pedido (POS/Não-POS)											
		2018				2019				Subtotal 2018-2019			
		POS	Não-POS	Total	p ²	POS	Não-POS	Total	p ²	POS	Não-POS	Total	
Regime	Subsidiado	n	165866	41957	207823		197073	35884	232957		362939	77841	440780
		% Regime	79,81	20,19	100,00		84,60	15,40	100,00				
		% Cobertura	54,04	59,54	55,07		57,16	60,52	57,66				
	Contributivo	n	141051	28512	169563	<0,001	147677	23413	171090	<0,001	288728	51925	340653
		% Regime	83,19	16,81	100,00		86,32	13,68	100,00				
		% Cobertura	45,96	40,46	44,93		42,84	39,48	42,34				
Total	n	306917	70469	377386		344750	59297	404047		651667	129766	781433	
	% Regime	81,33	18,67	100,00		85,32	14,68	100,00					
	% Cobertura	100,00	100,00	100,00		100,00	100,00	100,00					
		TOTAL 2003-2019									2275962	982768	3258730

¹Entre 2003 e 2008, o quantitativo de pedidos por regime não está disponível nos relatórios. A partir de 2009, com os dados completos, foi possível realizar cruzamento entre os regimes e a cobertura dos pedidos (POS ou Não-POS). Fonte: Relatórios *Defensoría del Pueblo* (2004; 2007; 2009; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019; 2020).

²Teste qui-quadrado. Cálculos realizados no pacote estatístico R-4.2.1.

APÊNDICE 12 - Série histórica dos tipos de instituições demandadas nas tutelas em saúde, Colômbia, 1999 a 2018.

Tipos de instituições demandadas¹		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
EPS (total) ²	n	16592	18750	25008	33288	39658	54103	63840
	%	77,89	75,47	72,87	77,90	76,35	75,11	78,80
Entes territoriais ³	n	1793	2329	4008	5424	7305	11414	11275
	%	8,42	9,37	11,68	12,69	14,06	15,85	13,92
IPS	n	463	632	980	1060	1221	1872	1848
	%	2,17	2,54	2,86	2,48	2,35	2,60	2,28
Regimes de exceção ⁴	n	0	0	0	0	559	632	609
	%	0,00	0,00	0,00	0,00	1,08	0,88	0,75
ARP, AFP e ARL ⁵	n	42	74	109	139	145	176	190
	%	0,20	0,30	0,32	0,33	0,28	0,24	0,23
Inpec/USPEC/ penitenciárias ⁶	n	0	0	0	0	647	945	943
	%	0,00	0,00	0,00	0,00	1,25	1,31	1,16
Empresas de serviços públicos e Telefonia celular	n	0	0	0	0	239	585	251
	%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,46	0,81	0,31
Empresas de medicina pré-paga e complementar	n	28	54	34	38	59	67	93
	%	0,13	0,22	0,10	0,09	0,11	0,09	0,11
Empresas Adaptadas ao sistema	n	42	51	50	83	142	121	177
	%	0,20	0,21	0,15	0,19	0,27	0,17	0,22
Outras entidades ⁷	n	2341	2953	4130	2702	1969	2118	1791
	%	10,99	11,89	12,03	6,32	3,79	2,94	2,21
TOTAL POR ANO		21301	24843	34319	42734	51944	72033	81017

Tipos de instituições demandadas¹		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
EPS (total) ²	n	75603	84258	111182	66255	63990	77333	87933
	%	78,57	78,50	77,77	65,93	67,71	72,46	76,45
Entes territoriais ³	n	13170	14580	21675	19324	17626	14502	11386
	%	13,69	13,58	15,16	19,23	18,65	13,59	9,90
IPS	n	2105	2643	3605	3317	3256	3450	3670
	%	2,19	2,46	2,52	3,30	3,45	3,23	3,19
Regimes de exceção ⁴	n	689	824	1007	1379	1337	1790	2048
	%	0,72	0,77	0,70	1,37	1,41	1,68	1,78
ARP, AFP, ARL e ARS ⁵	n	345	391	449	2697	2094	2459	2407
	%	0,36	0,36	0,31	2,68	2,22	2,30	2,09
Inpec/USPEC/ penitenciárias ⁶	n	890	870	1044	1148	1225	1684	2332
	%	0,92	0,81	0,73	1,14	1,30	1,58	2,03
Empresas de serviços públicos e Telefonia celular	n	666	1410	421	321	491	602	513
	%	0,69	1,31	0,29	0,32	0,52	0,56	0,45
Empresas de medicina pré-paga e complementar	n	88	137	132	105	125	138	163
	%	0,09	0,13	0,09	0,10	0,13	0,13	0,14
Empresas Adaptadas ao sistema	n	108	100	117	212	68	83	107
	%	0,11	0,09	0,08	0,21	0,07	0,08	0,09
Outras entidades ⁷	n	2565	2125	3325	5732	4290	4681	4467
	%	2,67	1,98	2,33	5,70	4,54	4,39	3,88
TOTAL POR ANO		96229	107238	142957	100490	94502	106722	115026

Tipos de instituições demandadas ¹		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
EPS (total) ²	n	92172	96968	125176	140614	171156	177606	172666	1794151
	%	79,89	81,88	82,42	85,52	87,53	85,48	83,11	79,56
Entes territoriais ³	n	6121	4756	6010	5045	4406	4364	6027	192540
	%	5,31	4,02	3,96	3,07	2,25	2,10	2,90	8,54
IPS	n	4473	3890	5765	5972	6593	6756	3834	67405
	%	3,88	3,28	3,80	3,63	3,37	3,29	1,85	2,99
Regimes de exceção ⁴	n	2299	2946	3602	4186	5490	7475	12911	49783
	%	1,99	2,49	2,37	2,55	2,81	3,60	6,21	2,21
ARP, AFP, ARL e ARS ⁵	n	2629	2573	3407	2742	2901	3281	3708	32958
	%	2,28	2,17	2,24	1,67	1,48	1,58	1,78	1,46
Inpec/USPEC/ penitenciárias ⁶	n	2753	2065	2140	2374	3344	4505	4683	33592
	%	2,39	1,74	1,41	1,44	1,71	2,17	2,25	1,49
Empresas de serviços públicos e Telefonia celular	n	413	406	404	88	0	0	0	6810
	%	0,36	0,34	0,27	0,05	0,00	0,00	0,00	0,30
Empresas de medicina pré-paga e complementar	n	187	250	311	308	368	270	240	3195
	%	0,16	0,21	0,20	0,19	0,19	0,13	0,12	0,14
Empresas Adaptadas ao sistema	n	0	0	0	0	0	0	0	1461
	%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06
Outras entidades ⁷	n	4325	4574	5065	3089	3702	3679	3695	73318
	%	3,75	3,86	3,33	1,88	1,89	1,77	1,78	3,25
TOTAL POR ANO		115372	118428	151880	164418	197960	207936	207764	2255213

¹Tipos de entidades demandadas nas tutelas em saúde, incluindo os regimes contributivo, subsidiado e de exceção. Fonte: Relatórios *Defensoría del Pueblo* (2004; 2007; 2009; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019; 2020).

²Entidades Promotoras de Saúde que atuam somente no regime contributivo; somente no subsidiado (inclui as Administradoras do Regime Subsidiado – ARS) ou que atuam nos dois regimes.

³Departamentos, distritos, municípios e secretarias de saúde.

⁴Ecopetrol; Ministério da Defesa; Magistério e Unisalud.

⁵Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP), até 2012; Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), a partir de 2012 e Administradoras de Fondos de Pensiones y Cesantías (AFP).

⁶Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC); Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) e estabelecimentos prisionais.

⁷Outras entidades e empresas do Estado (ministérios, ADRES e superintendências); Empresas e entidades particulares.

APÊNDICE 13 - Série histórica das EPS mais demandadas nas tutelas em saúde, segundo volume de tutelas, média de tutelas/10 mil filiados; tipo; regime e situação atual, Colômbia, 1999 a 2019.

EPS ¹	TOTAL		1999-2005		2006-2012		2013-2019		Caracterização ²			
	Total de tutelas	\bar{x} tutelas/10 mil filiados	Total de tutelas	\bar{x} tutelas/10 mil filiados	Total de tutelas	\bar{x} tutelas/10 mil filiados	Total de tutelas	\bar{x} tutelas/10 mil filiados	Tipo	Regime	Situação	
1	Cajanal	14269	56,15	14269	56,15	—	—	—	—	Estatal/Pública	Contributivo	Liquidada em 2005
2	Instituto de Seguros Sociales	176775	52,44	114275	42,96	62500	87,84	—	—	Estatal/Pública	Contributivo	Atividades encerradas em 2008
3	Comfama/ Alianza Medellin/Savia	87889	50,98	646	8,03	7583	16,48	79660	67,31	Privada	Misto	Subsidiado até 2016 Assumiu filiados da Comfenalco Antioquia
4	Coomeva	216162	45,01	17237	16,43	80268	41,11	118657	65,87	Privada	Contributivo	Misto até 2004 Vigilância especial a partir de 2019
5	Salud Colombia EPS	1379	44,42	368	51,71	1011	42,26	—	—	Privada	Contributivo	
6	EPS Medimás/Cafesalud	182252	39,81	11391	17,47	28034	23,37	142827	52,38	Privada	Misto	Cafesalud até 2015 Fusão com SaludCoop em 2015-2016 Vigilância especial a partir 2017
7	Nueva EPS	162472	39,71	—	—	41438	34,56	121034	41,84	Privada	Misto	Somente contributivo até 2016
8	Golden Group EPS	1060	36,89	—	—	261	14,37	799	75,64	Privada	Contributivo	
9	Servicio Occidental de Salud S.O.S.	47785	33,29	3129	12,33	16303	29,26	28353	45,40	Privada	Contributivo	
10	Red Salud	1426	32,28	187	25,10	1239	33,74	—	—	Privada	Contributivo	Liquidada em 2011
11	Salud Colpatria	2276	24,28	836	18,69	1392	28,41	48	—	Privada	Contributivo	
12	Saludcoop	119131	24,24	21211	13,18	56584	22,75	41336	50,58	Estatal/Pública	Informação não encontrada	Fusão com Cafesalud em 2015-2016
13	Saludvida	41145	23,95	1848	8,44	11255	16,06	28042	35,13	Privada	Misto	Liquidada em 2019
14	Comfenalco Valle	12318	23,76	1103	8,90	6190	29,54	5025	27,17	Privada	Contributivo	

EPS ¹	TOTAL		1999-2005		2006-2012		2013-2019		Caracterização ²			
	Total de tutelas	\bar{x} tutelas/10 mil filiados	Total de tutelas	\bar{x} tutelas/10 mil filiados	Total de tutelas	\bar{x} tutelas/10 mil filiados	Total de tutelas	\bar{x} tutelas/10 mil filiados	Tipo	Regime	Situação	
15	Caprecom	70892	23,35	3807	8,41	30129	15,95	36956	53,22	Estatal/Pública	Subsidiado	Regime misto até 2005
16	Comfenalco Antioquia	20482	23,22	3880	13,95	14199	24,92	2403	70,26	Privada	Contributivo	Regime misto até 2011 Liquidada em 2014-2015
17	Asociación Mutual La Esperanza «Asmet Salud»	55079	23,01	703	3,07	11226	12,70	43150	33,70	Privada	Subsidiado	
18	Salud Total	85492	22,66	8607	13,36	27844	20,22	49041	28,01	Privada	Contributivo	Misto até 2011
19	Unimec	1838	22,35	936	13,83	—	—	902	62,05	Privada	Contributivo	Em liquidação até 2005, sem informações até 2016 e retorno em 2017
20	Salud Colmena/ Colmédica/ Aliansalud	13188	21,24	3340	16,43	6880	26,90	2968	18,34	Privada	Contributivo	
21	Comfenalco Quindío	1166	21,24	319	13,38	847	27,28	—	—	Privada	Subsidiado	
22	Empresa Cooperativa Solidaria de Salud «Ecoopsos»	16221	21,10	602	4,06	5707	14,07	9912	46,12	Privada	Subsidiado	
23	Cruz Blanca	22186	20,81	3716	10,98	6866	16,75	11604	36,52	Privada	Contributivo	Regime misto em 2018 Liquidada em 2019
24	Comfaorient	3982	20,74	95	5,81	995	11,28	2892	33,09	Informação não encontrada	Subsidiado	
25	Capital Salud EPS (Salud Capital)	17775	20,72	—	—	410	6,03	17365	21,98	Estatal/Pública	Subsidiado	
26	Comfenalco Tolima	2121	20,12	233	9,14	1888	23,61	—	—	Privada	Subsidiado	
27	Humana Vivir	18250	20,10	4853	12,43	12412	23,98	985	—	Privada	Misto	Liquidada em 2013
28	Sánitas	44809	19,56	7220	22,26	16869	29,31	20720	14,89	Privada	Contributivo	
29	Emssanar	43585	18,57	652	2,93	9313	11,12	33620	26,11	Privada	Subsidiado	
30	Cóndor	6727	18,02	418	4,10	5673	20,91	636	—	Privada	Subsidiado	Liquidada em 2014

EPS ¹		TOTAL		1999-2005		2006-2012		2013-2019		Caracterização ²		
		Total de tutelas	\bar{x} tutelas/10 mil filiados	Total de tutelas	\bar{x} tutelas/10 mil filiados	Total de tutelas	\bar{x} tutelas/10 mil filiados	Total de tutelas	\bar{x} tutelas/10 mil filiados	Tipo	Regime	Situação
31	Comfenalco Santander	651	17,89	124	12,03	527	20,21	—	—	Informação não encontrada	Informação não encontrada	
32	Comfamiliar Huila	12368	17,85	46	1,25	1642	5,93	10680	28,16	Privada	Subsidiado	
33	Solsalud	24596	16,80	3996	10,07	18103	16,97	2497	—	Privada	Misto	Liquidada em 2013
34	Sura EPS - Susalud	53803	16,75	7139	13,78	20362	23,20	26302	14,47	Privada	Contributivo	Susalud até 2008
35	Multimédica EPS	80	16,61	—	—	80	16,61	—	—	Privada	Contributivo	Dados de tutelas somente em 2010 e 2011
36	EPS de Caldas	114	16,22	114	16,22	—	—	—	—	Privada	Contributivo	Liquidada em 2004
37	Comparta	37797	15,60	385	1,41	5367	5,63	32045	26,74	Privada	Subsidiado	
38	Comfamiliar Risaralda	40	15,49	40	15,49	—	—	—	—	Privada	Subsidiado	
39	Comfamiliar de Nariño	3195	15,04	11	1,47	582	7,48	2602	20,47	Privada	Subsidiado	
40	Convida	11175	14,53	196	1,44	1435	5,06	9544	27,29	Estatual/Pública	Subsidiado	Permaneceu em liquidação entre 1999 e 2002
41	Comfaboy	1649	14,51	5	1,00	506	7,59	1138	27,15	Privada	Subsidiado	
42	Calisalud	3254	13,59	598	7,52	2656	16,61	—	—	Estatual/Pública	Subsidiado	Liquidada em 2011
43	Comfacor	8003	12,76	130	2,25	1284	5,72	6589	19,09	Privada	Subsidiado	Misto em 2018 Liquidada em 2019
44	Emdisalud	14301	12,30	264	1,25	7643	11,47	6394	22,47	Privada	Subsidiado	Liquidada em 2019
45	Comfamiliar Camacol	760	12,25	133	9,17	627	13,19	—	—	Privada	Subsidiado	
46	Unicajas/Comfacundi	2096	11,62	15	1,13	445	5,29	1636	19,70	Privada	Subsidiado	
47	Coosalud EPS	29046	11,46	964	3,31	5899	6,77	22183	16,16	Privada	Subsidiado	
48	Comfamiliar de Cartagena	3128	11,07	—	—	409	2,86	2719	19,52	Privada	Subsidiado	
49	Comfacartago	5	11,04	5	11,04	—	—	—	—	Informação não encontrada	Subsidiado	
50	Famisanar	28681	10,63	3096	6,52	11928	13,40	13657	10,24	Privada	Contributivo	
51	Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó	11677	10,58	86	0,94	1268	3,10	10323	17,13	Privada	Subsidiado	
52	Comfanorte/Famisalud	1455	10,55	66	5,19	1256	11,03	133	11,79	Privada	Subsidiado	

EPS ¹	TOTAL		1999-2005		2006-2012		2013-2019		Caracterización ²			
	Total de tutelas	\bar{x} tutelas/10 mil filiados	Total de tutelas	\bar{x} tutelas/10 mil filiados	Total de tutelas	\bar{x} tutelas/10 mil filiados	Total de tutelas	\bar{x} tutelas/10 mil filiados	Tipo	Regime	Situación	
53	Cajacopi	8317	9,64	89	2,41	1837	6,17	6391	12,11	Información no encontrada	Subsidiado	
54	Cajasan	332	9,62	9	1,50	323	11,32	—	—	Privada	Subsidiado	
55	Comfachocó	1274	9,03	24	6,51	246	6,61	1004	10,02	Privada	Subsidiado	
56	Compensar	15304	8,98	2089	6,73	6504	13,61	6711	7,50	Privada	Contributivo	
57	Colsubsidio/ Comfenalco	1645	8,98	6	0,36	1248	8,40	391	21,74	Privada	Subsidiado	
58	Colseguros	522	8,14	522	8,14	—	—	—	—	Privada	Contributivo	Liquidada em 2004
59	Capresoca	1869	8,12	9	13,64	378	3,38	1482	12,61	Estatal/Pública	Subsidiado	Contributivo e em liquidação até 2005
60	Pijaos Salud EPSI	814	7,10	16	1,26	262	5,92	536	9,30	Estatal/Pública	Subsidiado	
61	Selvasalud	2306	5,90	142	1,38	1894	6,57	270	—	Estatal/Pública	Subsidiado	Liquidada em 2013
62	Cafam	1461	5,80	148	1,73	772	5,95	541	14,82	Privada	Subsidiado	
63	Mallamas EPSI	2416	5,68	48	1,17	954	5,47	1414	6,75	Privada	Subsidiado	
64	Risaralda EPS	32	5,54	32	5,54	—	—	—	—	Información no encontrada	Información no encontrada	Liquidada em 2003
65	Comfasucre	764	5,52	6	1,20	179	3,06	579	7,73	Privada	Subsidiado	
66	Asociación Mutual Ser	9688	5,30	198	1,11	2779	4,44	6711	6,56	Privada	Subsidiado	
67	Caja de Compensación del Caquetá	143	4,93	1	0,20	142	5,92	—	—	Privada	Subsidiado	
68	Comfenalco Cundinamarca	159	4,73	159	4,73	—	—	—	—	Privada	Subsidiado	
69	Caja Salud	805	4,67	538	3,12	267	—	—	—	Privada	Subsidiado	
70	Tayrona	51	4,16	51	4,16	—	—	—	—	Privada	Subsidiado	
71	Cafaba	297	3,61	27	1,24	270	4,47	—	—	Privada	Subsidiado	
72	Asociación Indígena del Cauca	1879	3,38	10	0,21	309	1,66	1560	4,83	Estatal/Pública	Subsidiado	
73	Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar «Dusakawi»	1044	3,28	3	0,10	292	2,18	749	4,85	Privada	Subsidiado	
74	Comfamiliar de La Guajira	520	2,57	1	0,10	105	1,52	414	3,36	Privada	Subsidiado	

EPS ¹		TOTAL		1999-2005		2006-2012		2013-2019		Caracterização ²		
		Total de tutelas	\bar{x} tutelas/10 mil filiados	Total de tutelas	\bar{x} tutelas/10 mil filiados	Total de tutelas	\bar{x} tutelas/10 mil filiados	Total de tutelas	\bar{x} tutelas/10 mil filiados	Tipo	Regime	Situação
75	EPS de Barranquilla	6	2,39	6	2,39	—	—	—	—	Informação não encontrada	Informação não encontrada	Liquidada em 2003
76	Comcaja	5	2,25	5	2,25	—	—	—	—	Estatal/Pública	Subsidiado	
77	Manexka	436	1,82	35	1,44	147	1,16	254	2,86	Privada	Subsidiado	
78	Promotora de Salud Guaitara	26	1,73	26	1,73	—	—	—	—	Informação não encontrada	Subsidiado	
79	Anas Wayuu EPS Indígena	200	1,04	8	0,64	56	0,77	136	1,27	Privada	Subsidiado	
80	Comfamiliar Bolívar	25	0,78	25	0,78	—	—	—	—	Privada	Subsidiado	
81	Fiduprevisora	1410	—	—	—	—	—	1410	—	Estatal/Pública	Subsidiado	
	Outras EPS	14375	—	41	—	80	—	14254	—	Informação não encontrada	Informação não encontrada	
TOTAL		1806131	—	247568	—	566379	—	992184	—	13 estatais 61 privadas 8 informação não encontrada	21 Contributivo 50 Subsidiado 6 Mistas 5 informação não encontrada	

¹EPS mais demandadas via tutelas de saúde. Classificação pela média de tutelas por 10 mil filiados de todo o período (Fonte: Relatórios *Defensoría del Pueblo* (2004; 2007; 2009; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019; 2020)).

²Natureza jurídica da EPS. (Fontes: Páginas *web* das próprias EPS e Relatórios *Defensoría del Pueblo* (2004; 2007; 2009; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019; 2020)).

APÊNDICE 14 - Série histórica dos dados sobre tutelas em saúde por departamento, Colômbia, 1999 a 2019.

Tutelas em saúde por departamento¹		1999²	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Amazonas	n	8	11	22	14	19	10	34
	%	0,04	0,04	0,06	0,03	0,04	0,01	0,04
	tutelas/10 mil hab.	1,90	-	-	-	1,80	1,30	4,20
Antioquia	n	9835	9223	11504	15087	16947	24374	27133
	%	46,17	37,13	33,52	35,30	32,63	33,84	33,49
	tutelas/10 mil hab.	22,10	-	-	-	30,20	42,90	47,10
Arauca	n	20	24	41	23	34	61	64
	%	0,09	0,10	0,12	0,05	0,07	0,08	0,08
	tutelas/10 mil hab.	1,10	-	-	-	1,30	2,20	2,30
Atlântico	n	598	747	1043	1226	1379	2310	2632
	%	2,81	3,01	3,04	2,87	2,65	3,21	3,25
	tutelas/10 mil hab.	4,40	-	-	-	6,10	10,00	11,10
Bogotá D.C	n	2388	2525	3425	5094	7634	9561	12538
	%	11,21	10,16	9,98	11,92	14,70	13,27	15,48
	tutelas/10 mil hab.	6,00	-	-	-	11,10	13,60	17,40
Bolívar	n	375	529	819	914	1297	2130	1877
	%	1,76	2,13	2,39	2,14	2,50	2,96	2,32
	tutelas/10 mil hab.	3,60	-	-	-	6,10	9,80	8,40
Boyacá	n	351	762	1640	587	755	854	966
	%	1,65	3,07	4,78	1,37	1,45	1,19	1,19
	tutelas/10 mil hab.	5,80	-	-	-	5,40	6,10	6,80
Caldas	n	702	611	966	1334	1745	3193	3710
	%	3,30	2,46	2,81	3,12	3,36	4,43	4,58
	tutelas/10 mil hab.	8,90	-	-	-	15,20	27,50	31,60
Caquetá	n	73	71	126	109	89	187	168
	%	0,34	0,29	0,37	0,26	0,17	0,26	0,21
	tutelas/10 mil hab.	2,10	-	-	-	2,00	4,10	3,60
Casanare	n	25	17	23	22	18	50	64
	%	0,12	0,07	0,07	0,05	0,03	0,07	0,08
	tutelas/10 mil hab.	0,70	-	-	-	0,60	1,60	2,00
Cauca	n	464	616	1002	1327	1429	1470	1565
	%	2,18	2,48	2,92	3,11	2,75	2,04	1,93
	tutelas/10 mil hab.	7,50	-	-	-	10,80	10,90	11,40
Cesar	n	217	384	504	763	505	1122	1179
	%	1,02	1,55	1,47	1,79	0,97	1,56	1,46
	tutelas/10 mil hab.	4,80	-	-	-	5,00	10,80	11,20
Chocó	n	101	99	441	249	238	291	302
	%	0,47	0,40	1,29	0,58	0,46	0,40	0,37
	tutelas/10 mil hab.	5,20	-	-	-	5,80	7,00	7,30
Córdoba	n	207	285	576	484	507	815	861
	%	0,97	1,15	1,68	1,13	0,98	1,13	1,06
	tutelas/10 mil hab.	2,80	-	-	-	3,70	5,90	6,20
Cundinamarca	n	102	148	162	254	274	487	588
	%	0,48	0,60	0,47	0,59	0,53	0,68	0,73
	tutelas/10 mil hab.	0,80	-	-	-	1,20	2,10	2,50
Guainía	n	2	1	2	6	3	12	9
	%	0,01	0,00	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01
	tutelas/10 mil hab.	0,70	-	-	-	0,70	2,90	2,10
Guaviare	n	4	3	4	10	9	11	14
	%	0,02	0,01	0,01	0,02	0,02	0,02	0,02
	tutelas/10 mil hab.	0,40	-	-	-	0,70	0,80	1,00
Huila	n	490	453	529	789	1045	1430	1455
	%	2,30	1,82	1,54	1,85	2,01	1,99	1,80
	tutelas/10 mil hab.	6,70	-	-	-	10,80	14,60	14,60
La Guajira	n	81	207	226	190	192	378	417
	%	0,38	0,83	0,66	0,44	0,37	0,52	0,51
	tutelas/10 mil hab.	3,50	-	-	-	3,80	7,30	7,90

Tutelas em saúde por departamento ¹		1999 ²	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Magdalena	n	246	467	458	552	557	828	966
	%	1,15	1,88	1,33	1,29	1,07	1,15	1,19
	tutelas/10 mil hab.	3,50	-	-	-	4,10	6,00	6,90
Meta	n	232	348	476	754	816	1035	1093
	%	1,09	1,40	1,39	1,76	1,57	1,44	1,35
	tutelas/10 mil hab.	7,20	-	-	-	11,00	13,60	14,10
Nariño	n	196	411	628	756	788	1081	1063
	%	0,92	1,65	1,83	1,77	1,52	1,50	1,31
	tutelas/10 mil hab.	3,30	-	-	-	4,60	6,20	6,00
Norte de Santander	n	376	672	710	969	1033	1636	1631
	%	1,77	2,70	2,07	2,27	1,99	2,27	2,01
	tutelas/10 mil hab.	5,30	-	-	-	7,20	11,20	10,90
Putumayo	n	27	28	62	71	42	53	48
	%	0,13	0,11	0,18	0,17	0,08	0,07	0,06
	tutelas/10 mil hab.	1,30	-	-	-	1,20	1,40	1,30
Quindío	n	257	352	479	718	843	1129	1357
	%	1,21	1,42	1,40	1,68	1,62	1,57	1,67
	tutelas/10 mil hab.	8,90	-	-	-	14,20	18,70	22,10
Risaralda	n	308	778	685	1222	1529	2340	2739
	%	1,45	3,13	2,00	2,86	2,94	3,25	3,38
	tutelas/10 mil hab.	8,70	-	-	-	15,40	23,20	26,70
San Andrés	n	65	128	65	58	93	124	102
	%	0,31	0,52	0,19	0,14	0,18	0,17	0,13
	tutelas/10 mil hab.	10,50	-	-	-	11,70	15,20	12,20
Santander	n	616	1012	1727	2618	3736	4449	4193
	%	2,89	4,07	5,03	6,13	7,19	6,18	5,18
	tutelas/10 mil hab.	9,20	-	-	-	18,30	21,60	20,10
Sucre	n	83	194	224	284	308	396	512
	%	0,39	0,78	0,65	0,66	0,59	0,55	0,63
	tutelas/10 mil hab.	2,50	-	-	-	3,70	4,60	5,90
Tolima	n	599	718	989	1432	1749	2271	2464
	%	2,81	2,89	2,88	3,35	3,37	3,15	3,04
	tutelas/10 mil hab.	8,10	-	-	-	13,40	17,30	18,70
Valle del Cauca	n	2216	3001	4741	4793	6319	7928	9256
	%	10,40	12,08	13,81	11,22	12,17	11,01	11,42
	tutelas/10 mil hab.	9,40	-	-	-	14,40	17,80	20,40
Vaupés	n	0	0	1	4	6	11	8
	%	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,02	0,01
	tutelas/10 mil hab.	0,50	-	-	-	2,20	4,00	2,80
Vichada	n	3	7	12	16	6	6	9
	%	0,01	0,03	0,03	0,04	0,01	0,01	0,01
	tutelas/10 mil hab.	1,10	-	-	-	0,70	0,60	0,90
Não informado	n	34	11	7	5	0	0	0
	%	0,16	0,04	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00
TOTAL		21301	24843	34319	42734	51944	72033	81017

Tutelas em saúde por departamento ¹		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Amazonas	n	30	65	85	54	62	143	118
	%	0,03	0,06	0,06	0,05	0,07	0,13	0,10
	tutelas/10 mil hab.	4,40	9,40	12,09	7,59	8,61	19,63	16,01
Antioquia	n	30106	30374	45332	28766	24758	24806	26838
	%	31,29	28,32	31,71	28,63	26,20	23,41	23,48
	tutelas/10 mil hab.	52,30	52,10	76,69	48,04	40,82	40,38	43,14
Arauca	n	89	97	143	227	353	413	592
	%	0,09	0,09	0,10	0,23	0,37	0,39	0,52
	tutelas/10 mil hab.	3,80	4,10	5,92	9,28	14,26	16,48	23,35
Atlántico	n	3008	3596	5584	3248	2956	2976	3587
	%	3,13	3,35	3,91	3,23	3,13	2,81	3,14
	tutelas/10 mil hab.	13,70	16,20	24,76	14,22	12,77	12,70	15,11
Bogotá D.C	n	15399	18072	18313	10893	9390	9550	9860
	%	16,00	16,85	12,81	10,84	9,94	9,01	8,63
	tutelas/10 mil hab.	22,20	25,60	25,59	15,00	12,75	12,79	13,02
Bolívar	n	2277	2965	4258	3558	2863	2892	2866
	%	2,37	2,76	2,98	3,54	3,03	2,73	2,51
	tutelas/10 mil hab.	12,00	15,50	21,98	18,17	14,46	14,44	14,15
Boyacá	n	1189	1280	1648	1258	1387	1772	1614
	%	1,24	1,19	1,15	1,25	1,47	1,67	1,41
	tutelas/10 mil hab.	9,40	10,20	13,05	9,94	10,94	13,96	12,70
Caldas	n	4702	5428	7516	5805	6449	7137	7529
	%	4,89	5,06	5,26	5,78	6,82	6,74	6,59
	tutelas/10 mil hab.	48,40	55,80	77,13	59,45	65,92	72,81	76,65
Caquetá	n	177	262	437	491	619	585	722
	%	0,18	0,24	0,31	0,49	0,66	0,55	0,63
	tutelas/10 mil hab.	4,20	6,10	10,01	11,11	13,83	12,90	15,71
Casanare	n	133	130	170	162	252	336	641
	%	0,14	0,12	0,12	0,16	0,27	0,32	0,56
	tutelas/10 mil hab.	4,40	4,20	5,42	5,07	7,74	10,13	18,97
Cauca	n	2236	3253	3510	3334	3276	3160	3507
	%	2,32	3,03	2,46	3,32	3,47	2,98	3,07
	tutelas/10 mil hab.	17,50	25,30	27,05	25,49	24,84	23,75	26,12
Cesar	n	1154	1360	1740	1994	2105	2847	2801
	%	1,20	1,27	1,22	1,98	2,23	2,69	2,45
	tutelas/10 mil hab.	12,60	14,60	18,49	20,91	21,78	29,08	28,25
Chocó	n	348	302	444	450	505	485	519
	%	0,36	0,28	0,31	0,45	0,53	0,46	0,45
	tutelas/10 mil hab.	7,60	6,50	9,51	9,54	10,61	10,09	10,69
Córdoba	n	1095	1282	2084	1783	1466	2041	2488
	%	1,14	1,20	1,46	1,77	1,55	1,93	2,18
	tutelas/10 mil hab.	7,40	8,50	13,57	11,44	9,26	12,70	15,24
Cundinamarca	n	775	978	1547	1414	1361	1858	2367
	%	0,81	0,91	1,08	1,41	1,44	1,75	2,07
	tutelas/10 mil hab.	3,30	4,10	6,45	5,80	5,49	7,38	9,25
Guainía	n	18	34	75	31	47	76	65
	%	0,02	0,03	0,05	0,03	0,05	0,07	0,06
	tutelas/10 mil hab.	5,00	9,30	20,22	8,22	12,26	19,51	16,42
Guaviare	n	16	42	34	81	86	86	218
	%	0,02	0,04	0,02	0,08	0,09	0,08	0,19
	tutelas/10 mil hab.	1,60	4,30	3,39	7,96	8,32	8,20	20,49
Huila	n	1617	1738	2434	1636	1598	1937	1917
	%	1,68	1,62	1,70	1,63	1,69	1,83	1,68
	tutelas/10 mil hab.	15,80	16,70	23,08	15,31	14,75	17,65	17,24
La Guajira	n	500	696	566	417	478	661	674
	%	0,52	0,65	0,40	0,41	0,51	0,62	0,59
	tutelas/10 mil hab.	7,10	9,50	7,41	5,27	5,84	7,81	7,71

Tutelas em saúde por departamento ¹		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Magdalena	n	1154	1294	1881	2106	1547	1801	1822
	%	1,20	1,21	1,32	2,10	1,64	1,70	1,59
	tutelas/10 mil hab.	10,00	11,10	15,94	17,69	12,88	14,85	14,89
Meta	n	1620	1609	1925	1170	1511	2156	2416
	%	1,68	1,50	1,35	1,16	1,60	2,03	2,11
	tutelas/10 mil hab.	20,20	19,70	23,04	13,71	17,35	24,26	26,64
Nariño	n	1373	1962	3036	1736	2215	2090	2185
	%	1,43	1,83	2,12	1,73	2,34	1,97	1,91
	tutelas/10 mil hab.	8,80	12,40	18,98	10,72	13,51	12,59	13,00
Norte de Santander	n	2254	2533	3025	2814	3313	4674	5536
	%	2,34	2,36	2,12	2,80	3,51	4,41	4,84
	tutelas/10 mil hab.	18,00	20,00	23,71	21,87	25,53	35,70	41,92
Putumayo	n	61	79	151	132	177	326	286
	%	0,06	0,07	0,11	0,13	0,19	0,31	0,25
	tutelas/10 mil hab.	1,90	2,50	4,73	4,09	5,43	9,89	8,58
Quindío	n	1720	1529	2231	1811	1591	2398	2750
	%	1,79	1,43	1,56	1,80	1,68	2,26	2,41
	tutelas/10 mil hab.	32,00	28,30	41,05	33,13	28,95	43,39	49,48
Risaralda	n	3518	3911	5173	3813	3636	4090	4525
	%	3,66	3,65	3,62	3,79	3,85	3,86	3,96
	tutelas/10 mil hab.	39,00	43,00	56,59	41,46	39,30	43,95	48,35
San Andrés	n	144	159	203	151	93	178	173
	%	0,15	0,15	0,14	0,15	0,10	0,17	0,15
	tutelas/10 mil hab.	20,30	22,20	28,13	20,76	12,68	24,08	23,21
Santander	n	4604	5662	8027	5622	5351	6220	7392
	%	4,78	5,28	5,61	5,59	5,66	5,87	6,47
	tutelas/10 mil hab.	23,40	28,60	40,34	28,11	26,62	30,78	36,40
Sucre	n	631	646	926	886	1022	906	1092
	%	0,66	0,60	0,65	0,88	1,08	0,86	0,96
	tutelas/10 mil hab.	8,10	8,20	11,65	11,04	12,61	11,07	13,21
Tolima	n	2980	3485	4303	3541	3843	4325	4414
	%	3,10	3,25	3,01	3,52	4,07	4,08	3,86
	tutelas/10 mil hab.	21,80	25,40	31,21	25,60	27,69	31,07	31,62
Valle del Cauca	n	11282	12400	16122	11070	10116	12934	12707
	%	11,72	11,56	11,28	11,02	10,70	12,21	11,12
	tutelas/10 mil hab.	26,80	29,20	37,55	25,52	23,08	29,21	28,40
Vaupés	n	2	3	6	8	13	20	17
	%	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,02	0,01
	tutelas/10 mil hab.	0,50	0,70	1,48	1,95	3,13	4,77	4,01
Vichada	n	17	12	28	28	63	68	75
	%	0,02	0,01	0,02	0,03	0,07	0,06	0,07
	tutelas/10 mil hab.	3,00	2,00	4,63	4,51	9,89	10,42	11,21
Não informado	n	0	0	0	0	0	0	0
	%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL		96226	107238	142957	100490	94502	105947	114313

Tutelas em saúde por departamento¹		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Amazonas	n	133	206	235	216	261	327	302
	%	0,12	0,17	0,16	0,13	0,13	0,16	0,15
	tutelas/10 mil hab.	17,84	27,33	30,82	28,02	33,48	41,48	38,84
Antioquia	n	25036	24239	32540	37907	41657	48954	41545
	%	21,74	20,49	21,52	23,12	21,08	23,57	20,03
	tutelas/10 mil hab.	39,74	38,00	50,38	58,01	62,99	73,16	63,43
Arauca	n	486	617	868	988	1482	1961	2869
	%	0,42	0,52	0,57	0,60	0,75	0,94	1,38
	tutelas/10 mil hab.	18,95	23,78	33,09	37,26	55,30	72,44	102,42
Atlántico	n	4251	3859	3787	3673	4900	4620	4147
	%	3,69	3,26	2,50	2,24	2,48	2,22	2,00
	tutelas/10 mil hab.	17,69	15,87	15,39	14,75	19,46	18,15	15,72
Bogotá D.C	n	13349	12679	17254	17872	16056	14850	15171
	%	11,59	10,72	11,41	10,90	8,12	7,15	7,32
	tutelas/10 mil hab.	17,39	16,30	21,90	22,40	19,87	18,15	19,98
Bolívar	n	2808	3041	3327	3778	4667	5414	5763
	%	2,44	2,57	2,20	2,30	2,36	2,61	2,78
	tutelas/10 mil hab.	13,70	14,67	15,86	17,80	21,74	24,93	27,05
Boyacá	n	1535	1629	2133	2927	4421	4163	4143
	%	1,33	1,38	1,41	1,79	2,24	2,00	2,00
	tutelas/10 mil hab.	12,06	12,78	16,71	22,90	34,54	32,47	33,66
Caldas	n	7758	8226	9494	9487	12496	10166	9940
	%	6,74	6,95	6,28	5,79	6,32	4,89	4,79
	tutelas/10 mil hab.	78,83	83,42	96,09	95,83	125,98	102,29	98,58
Caquetá	n	806	795	1057	1220	1619	2099	2075
	%	0,70	0,67	0,70	0,74	0,82	1,01	1,00
	tutelas/10 mil hab.	17,32	16,86	22,13	25,22	33,04	42,30	51,09
Casanare	n	535	473	607	867	903	1014	1200
	%	0,46	0,40	0,40	0,53	0,46	0,49	0,58
	tutelas/10 mil hab.	15,55	13,51	17,03	23,90	24,47	27,02	28,00
Cauca	n	2843	2956	3431	3961	4617	4985	4466
	%	2,47	2,50	2,27	2,42	2,34	2,40	2,15
	tutelas/10 mil hab.	20,99	21,62	24,88	28,46	32,88	35,20	30,21
Cesar	n	3362	3513	3641	3839	4835	5872	5937
	%	2,92	2,97	2,41	2,34	2,45	2,83	2,86
	tutelas/10 mil hab.	33,48	34,56	35,39	36,87	45,90	55,10	47,41
Chocó	n	374	401	513	350	717	847	1010
	%	0,32	0,34	0,34	0,21	0,36	0,41	0,49
	tutelas/10 mil hab.	7,63	8,10	10,26	6,93	14,06	16,44	18,71
Córdoba	n	2607	2704	4482	3914	5465	6105	6977
	%	2,26	2,29	2,96	2,39	2,76	2,94	3,36
	tutelas/10 mil hab.	15,72	16,06	26,22	22,54	31,00	34,13	38,58
Cundinamarca	n	2406	2244	2888	3290	5017	5768	6061
	%	2,09	1,90	1,91	2,01	2,54	2,78	2,92
	tutelas/10 mil hab.	9,26	8,50	10,78	12,09	18,16	20,57	19,64
Guainía	n	68	64	135	161	127	183	207
	%	0,06	0,05	0,09	0,10	0,06	0,09	0,10
	tutelas/10 mil hab.	16,91	15,67	32,54	38,22	29,69	42,12	41,84
Guaviare	n	126	118	218	193	174	278	214
	%	0,11	0,10	0,14	0,12	0,09	0,13	0,10
	tutelas/10 mil hab.	11,67	10,78	19,63	17,14	15,24	24,00	25,26
Huila	n	2082	2902	3686	3700	5307	5155	4741
	%	1,81	2,45	2,44	2,26	2,68	2,48	2,29
	tutelas/10 mil hab.	18,49	25,44	31,92	31,65	44,86	43,06	42,64
La Guajira	n	754	650	718	724	1005	865	1089
	%	0,65	0,55	0,47	0,44	0,51	0,42	0,53
	tutelas/10 mil hab.	8,36	6,99	7,50	7,35	9,92	8,32	11,74

Tutelas em saúde por departamento ¹		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Magdalena	n	1861	1865	1921	2201	2556	2796	3190
	%	1,62	1,58	1,27	1,34	1,29	1,35	1,54
	tutelas/10 mil hab.	15,06	14,95	15,25	17,30	19,89	21,53	22,97
Meta	n	2302	2094	2807	3392	4331	4566	4931
	%	2,00	1,77	1,86	2,07	2,19	2,20	2,38
	tutelas/10 mil hab.	24,89	22,21	29,20	34,62	43,39	44,91	46,87
Nariño	n	1995	2095	3402	3420	4103	4356	4502
	%	1,73	1,77	2,25	2,09	2,08	2,10	2,17
	tutelas/10 mil hab.	11,72	12,16	19,50	19,37	22,95	24,08	27,64
Norte de Santander	n	5548	5682	8171	9168	13653	13157	14782
	%	4,82	4,80	5,40	5,59	6,91	6,33	7,13
	tutelas/10 mil hab.	41,64	42,28	60,27	67,03	98,96	94,56	94,43
Putumayo	n	181	206	327	425	472	498	681
	%	0,16	0,17	0,22	0,26	0,24	0,24	0,33
	tutelas/10 mil hab.	5,37	6,04	9,47	12,16	13,33	13,88	19,25
Quindío	n	2176	2614	3668	4120	5158	4090	4388
	%	1,89	2,21	2,43	2,51	2,61	1,97	2,12
	tutelas/10 mil hab.	38,93	46,51	65,12	72,47	90,22	71,14	80,09
Risaralda	n	4151	4662	6306	6414	9689	9724	9804
	%	3,60	3,94	4,17	3,91	4,90	4,68	4,73
	tutelas/10 mil hab.	44,10	49,25	66,24	67,00	100,66	100,48	102,93
San Andrés	n	203	271	465	445	428	392	449
	%	0,18	0,23	0,31	0,27	0,22	0,19	0,22
	tutelas/10 mil hab.	27,01	35,75	60,83	57,72	55,04	49,99	71,86
Santander	n	7228	7947	7937	9418	11591	12585	12641
	%	6,28	6,72	5,25	5,74	5,86	6,06	6,10
	tutelas/10 mil hab.	35,41	38,75	38,51	45,47	55,70	60,19	56,49
Sucre	n	1202	1318	1436	1894	1907	1409	2481
	%	1,04	1,11	0,95	1,16	0,96	0,68	1,20
	tutelas/10 mil hab.	14,40	15,63	16,86	22,03	21,96	16,07	26,71
Tolima	n	4478	4604	5632	5936	6825	6769	8198
	%	3,89	3,89	3,72	3,62	3,45	3,26	3,95
	tutelas/10 mil hab.	31,98	32,79	39,99	42,03	48,19	47,67	61,39
Valle del Cauca	n	12389	13529	17971	17868	20952	23521	23160
	%	10,76	11,44	11,88	10,90	10,60	11,32	11,17
	tutelas/10 mil hab.	27,41	29,63	38,95	38,34	44,50	49,46	51,39
Vaupés	n	36	21	43	115	142	100	158
	%	0,03	0,02	0,03	0,07	0,07	0,05	0,08
	tutelas/10 mil hab.	8,41	4,86	9,85	26,09	31,91	22,26	36,98
Vichada	n	78	57	113	94	122	145	146
	%	0,07	0,05	0,07	0,06	0,06	0,07	0,07
	tutelas/10 mil hab.	11,37	8,11	15,70	12,75	16,17	18,76	13,20
Não informado	n	0	0	0	0	0	0	0
	%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL		115147	118281	151213	163977	197655	207734	207368

¹Número de tutelas em saúde por 10 mil habitantes (por departamento). Fonte: Relatórios *Defensoría del Pueblo* (2004; 2007; 2009; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019; 2020).

²No Relatório de 2004, encontrava-se disponível somente a média da taxa de tutelas/10 mil habitantes de 1999 a 2003, sendo utilizada essa medida para os cálculos desse período de forma agregada. No Relatório seguinte, a taxa de 2003 foi disponibilizada e foi possível utilizá-la separadamente.

APÊNDICE 15 - Série histórica do IDH subnacional, Colômbia, 1990 a 2019.

Colômbia	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Amazonas	0,661	0,664	0,675	0,682	0,691	0,697	0,702	0,707	0,709	0,705	0,705	0,704	0,704	0,699	0,712
Antioquia (incl Medellin)	0,603	0,605	0,615	0,622	0,630	0,635	0,646	0,656	0,664	0,665	0,671	0,673	0,675	0,674	0,689
Arauca	0,642	0,644	0,655	0,662	0,671	0,676	0,682	0,686	0,689	0,684	0,685	0,684	0,683	0,679	0,692
Atlantico (incl Barranquilla)	0,631	0,633	0,644	0,651	0,659	0,665	0,673	0,680	0,684	0,683	0,685	0,689	0,693	0,693	0,710
Bogota D.C.	0,675	0,678	0,689	0,696	0,705	0,711	0,717	0,722	0,724	0,720	0,720	0,723	0,725	0,724	0,740
Bolivar (Sur and Norte)	0,603	0,606	0,616	0,623	0,631	0,636	0,646	0,656	0,663	0,664	0,669	0,669	0,669	0,666	0,679
Boyaca	0,562	0,564	0,574	0,580	0,588	0,593	0,603	0,613	0,620	0,621	0,626	0,629	0,631	0,630	0,645
Caldas	0,609	0,611	0,621	0,628	0,636	0,642	0,654	0,665	0,675	0,677	0,684	0,685	0,687	0,684	0,699
Caqueta	0,567	0,569	0,579	0,586	0,593	0,598	0,603	0,608	0,610	0,606	0,606	0,606	0,606	0,602	0,613
Casanare	0,672	0,674	0,685	0,693	0,702	0,708	0,713	0,719	0,721	0,716	0,717	0,716	0,716	0,711	0,724
Cauca	0,558	0,561	0,570	0,576	0,584	0,589	0,595	0,600	0,603	0,600	0,601	0,604	0,607	0,606	0,621
Cesar	0,554	0,556	0,566	0,572	0,579	0,585	0,602	0,619	0,634	0,642	0,655	0,650	0,646	0,637	0,646
Choco	0,565	0,567	0,577	0,584	0,591	0,596	0,604	0,612	0,617	0,615	0,618	0,621	0,625	0,624	0,640
Cordoba	0,553	0,555	0,565	0,571	0,579	0,584	0,596	0,608	0,617	0,620	0,627	0,628	0,631	0,628	0,643
Cundinamarca	0,565	0,566	0,576	0,583	0,590	0,595	0,604	0,612	0,619	0,618	0,622	0,630	0,638	0,642	0,662
Guainja	0,625	0,627	0,637	0,644	0,653	0,659	0,664	0,668	0,670	0,666	0,666	0,665	0,665	0,661	0,673
Guajira	0,563	0,565	0,575	0,581	0,589	0,594	0,601	0,606	0,610	0,607	0,608	0,613	0,618	0,618	0,635
Guaviare	0,607	0,609	0,619	0,626	0,634	0,640	0,645	0,650	0,652	0,647	0,648	0,647	0,647	0,643	0,655
Huila	0,594	0,596	0,606	0,613	0,621	0,626	0,635	0,643	0,649	0,648	0,652	0,651	0,649	0,644	0,655
Magdalena	0,575	0,577	0,587	0,594	0,601	0,607	0,619	0,630	0,639	0,642	0,649	0,648	0,647	0,642	0,654
Meta	0,647	0,650	0,660	0,667	0,676	0,682	0,693	0,703	0,711	0,712	0,718	0,707	0,696	0,681	0,683
Narino	0,516	0,518	0,527	0,533	0,540	0,544	0,559	0,574	0,587	0,593	0,604	0,613	0,622	0,627	0,648
Norte de Santander	0,606	0,608	0,618	0,625	0,633	0,638	0,646	0,652	0,656	0,654	0,656	0,655	0,655	0,650	0,663
Putumayo	0,652	0,654	0,665	0,672	0,681	0,687	0,692	0,697	0,699	0,695	0,695	0,694	0,694	0,689	0,702
Quindio	0,642	0,644	0,655	0,662	0,671	0,677	0,682	0,687	0,689	0,685	0,685	0,689	0,693	0,692	0,710
Risaralda	0,632	0,634	0,645	0,652	0,660	0,666	0,678	0,689	0,697	0,699	0,706	0,701	0,696	0,688	0,696
San Andres	0,681	0,684	0,695	0,702	0,712	0,718	0,723	0,728	0,730	0,725	0,726	0,725	0,724	0,720	0,732
Santander	0,583	0,585	0,595	0,601	0,609	0,614	0,625	0,635	0,642	0,643	0,649	0,653	0,658	0,658	0,676
Sucre	0,532	0,534	0,544	0,550	0,557	0,562	0,583	0,604	0,623	0,634	0,650	0,653	0,656	0,654	0,670
Tolima	0,568	0,570	0,579	0,586	0,593	0,599	0,605	0,612	0,615	0,613	0,615	0,620	0,626	0,629	0,647
Valle (incl Cali)	0,629	0,631	0,641	0,648	0,657	0,663	0,669	0,676	0,679	0,677	0,679	0,681	0,684	0,683	0,699
Vaupes	0,639	0,642	0,652	0,659	0,668	0,674	0,679	0,684	0,686	0,681	0,682	0,681	0,681	0,676	0,689
Vichada	0,624	0,626	0,637	0,644	0,652	0,658	0,663	0,668	0,670	0,666	0,666	0,665	0,665	0,661	0,673

Colômbia	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Amazonas	0,714	0,702	0,697	0,684	0,668	0,656	0,666	0,676	0,684	0,698	0,706	0,710	0,712	0,713	0,717
Antioquia (incl Medellin)	0,694	0,702	0,716	0,723	0,727	0,736	0,741	0,745	0,748	0,758	0,760	0,765	0,767	0,768	0,772
Arauca	0,694	0,700	0,712	0,718	0,720	0,726	0,727	0,727	0,726	0,731	0,729	0,734	0,735	0,736	0,740
Atlantico (incl Barranquilla)	0,717	0,721	0,731	0,734	0,733	0,738	0,745	0,751	0,757	0,769	0,774	0,779	0,781	0,782	0,786
Bogota D.C.	0,746	0,753	0,766	0,773	0,775	0,782	0,786	0,789	0,791	0,800	0,801	0,806	0,807	0,809	0,813
Bolivar (Sur and Norte)	0,682	0,688	0,698	0,703	0,704	0,709	0,716	0,723	0,728	0,740	0,744	0,749	0,751	0,752	0,756
Boyaca	0,649	0,663	0,682	0,694	0,704	0,718	0,724	0,730	0,734	0,745	0,749	0,754	0,755	0,756	0,760
Caldas	0,702	0,709	0,722	0,728	0,730	0,738	0,743	0,749	0,752	0,764	0,767	0,772	0,773	0,774	0,778
Caqueta	0,615	0,631	0,651	0,666	0,678	0,693	0,696	0,698	0,699	0,707	0,707	0,711	0,713	0,714	0,717
Casanare	0,726	0,724	0,728	0,726	0,719	0,717	0,721	0,725	0,727	0,737	0,738	0,743	0,745	0,746	0,750
Cauca	0,626	0,640	0,659	0,672	0,682	0,696	0,698	0,700	0,701	0,709	0,709	0,713	0,715	0,716	0,719
Cesar	0,644	0,654	0,669	0,679	0,685	0,695	0,699	0,704	0,707	0,716	0,719	0,723	0,725	0,726	0,729
Choco	0,646	0,649	0,657	0,659	0,658	0,661	0,666	0,671	0,674	0,684	0,686	0,690	0,692	0,693	0,696
Cordoba	0,647	0,652	0,661	0,664	0,665	0,669	0,676	0,683	0,688	0,701	0,706	0,710	0,712	0,713	0,716
Cundinamarca	0,672	0,683	0,698	0,708	0,714	0,725	0,732	0,739	0,744	0,757	0,762	0,767	0,769	0,770	0,774
Guainja	0,676	0,675	0,680	0,678	0,673	0,673	0,670	0,667	0,663	0,665	0,660	0,664	0,665	0,666	0,670
Guajira	0,642	0,646	0,656	0,660	0,660	0,665	0,669	0,673	0,675	0,683	0,685	0,689	0,691	0,692	0,695
Guaviare	0,657	0,666	0,681	0,689	0,694	0,704	0,712	0,719	0,725	0,739	0,744	0,749	0,750	0,751	0,755
Huila	0,656	0,664	0,676	0,683	0,686	0,694	0,698	0,702	0,704	0,713	0,715	0,720	0,721	0,722	0,726
Magdalena	0,656	0,664	0,678	0,686	0,690	0,699	0,702	0,705	0,706	0,715	0,715	0,720	0,721	0,722	0,726
Meta	0,673	0,682	0,695	0,702	0,705	0,714	0,724	0,734	0,742	0,758	0,766	0,771	0,772	0,773	0,778
Narino	0,659	0,665	0,676	0,681	0,683	0,689	0,693	0,697	0,700	0,710	0,712	0,716	0,718	0,719	0,722
Norte de Santander	0,664	0,672	0,685	0,692	0,696	0,704	0,711	0,717	0,722	0,734	0,738	0,743	0,745	0,746	0,750
Putumayo	0,704	0,698	0,698	0,691	0,681	0,676	0,682	0,688	0,692	0,703	0,707	0,712	0,713	0,714	0,717
Quindio	0,716	0,719	0,728	0,730	0,728	0,731	0,739	0,747	0,753	0,767	0,772	0,778	0,779	0,780	0,784
Risaralda	0,694	0,701	0,712	0,718	0,720	0,726	0,731	0,735	0,738	0,748	0,750	0,755	0,757	0,758	0,761
San Andres	0,735	0,740	0,752	0,757	0,758	0,763	0,766	0,768	0,769	0,776	0,776	0,782	0,783	0,784	0,789
Santander	0,683	0,689	0,701	0,707	0,709	0,715	0,725	0,735	0,743	0,759	0,766	0,771	0,773	0,774	0,778
Sucre	0,674	0,676	0,683	0,683	0,681	0,682	0,692	0,702	0,710	0,725	0,733	0,737	0,739	0,740	0,744
Tolima	0,655	0,665	0,680	0,688	0,693	0,703	0,709	0,715	0,720	0,732	0,736	0,741	0,742	0,743	0,747
Valle (incl Cali)	0,704	0,711	0,724	0,731	0,733	0,741	0,748	0,755	0,761	0,774	0,779	0,784	0,786	0,787	0,791
Vaupis	0,691	0,689	0,692	0,689	0,682	0,680	0,67	0,659	0,648	0,642	0,629	0,634	0,635	0,636	0,639
Vichada	0,675	0,673	0,677	0,674	0,668	0,666	0,681	0,696	0,709	0,730	0,743	0,748	0,749	0,750	0,754

Fonte: Nijmegen Center for Economics (NiCE)/Institute for Management Research, Radboud University. Global Data Lab. Disponível em: <https://globaldatalab.org/shdi/shdi/BRA+COL/?levels=1%2B4&interpolation=1&extrapolation=0&nearest_real=0>. Acesso em 05 out. 2021

APÊNDICE 16 - Série histórica dos dados sobre tutelas em saúde em conexão com os direitos à vida; à vida digna e à dignidade humana; à Seguridade Social e com outros direitos econômicos, sociais e culturais, Colômbia, 1999 a 2019.

Tutelas em saúde em conexão com outros direitos		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Vida ¹	n	13630	17476	26347	36394	46159	65803	75852
	%	63,99	70,35	76,77	85,16	88,86	91,35	93,62
Vida digna e dignidade humana ²	n	559	461	559	849	1307	3358	5701
	%	2,62	1,86	1,63	1,99	2,52	4,66	7,04
Seguridade Social ³	n	11407	13579	17298	21699	—	—	—
	%	53,55	54,66	50,40	50,78	—	—	—
Outros direitos econômicos, sociais e culturais ⁴	n	8377	6667	6561	6214	8513	15395	14705
	%	39,33	26,84	19,12	14,54	16,40	21,36	18,15

Tutelas em saúde em conexão com outros direitos		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Vida ¹	n	82353	88126	83274	56119	33209	31153	25888
	%	85,58	82,18	58,25	55,85	35,14	29,40	22,65
Vida digna e dignidade humana ²	n	10749	10980	27217	19156	27500	35502	41078
	%	11,17	10,24	19,04	19,06	29,10	33,51	35,93
Seguridade Social ³	n	—	—	—	—	—	29822	31890
	%	—	—	—	—	—	28,15	27,90
Outros direitos econômicos, sociais e culturais ⁴	n	55994	44980	54455	36777	15686	17345	14670
	%	58,18	41,96	38,09	36,60	16,59	16,36	12,83

Tutelas em saúde em conexão com outros direitos		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Vida ¹	n	23366	19989	19612	9060	10033	15297	12884
	%	20,29	16,90	12,97	5,53	5,08	7,36	6,21
Vida digna e dignidade humana ²	n	45717	51872	41955	271	162	166	135
	%	39,70	43,85	27,75	0,17	0,08	0,08	0,07
Seguridade Social ³	n	29364	32937	26888	1450	687	1032	1200
	%	25,50	27,85	17,78	0,88	0,35	0,50	0,58
Outros direitos individuais, econômicos, sociais e culturais ⁴	n	13667	12861	12060	5900	3234	4425	4567
	%	11,87	10,86	7,98	3,60	1,64	2,13	2,20

¹Volume de tutelas em saúde em conexão com o direito à vida. Fonte: Relatórios Defensoría del Pueblo (2004; 2007; 2009; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019).

²Volume de tutelas em saúde em conexão com o direito à vida digna e à dignidade humana. Fonte: Relatórios Defensoría del Pueblo (2004; 2007; 2009; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019).

³Volume de tutelas em saúde em conexão com o direito à Seguridade Social. Fonte: Relatórios Defensoría del Pueblo (2004; 2007; 2009; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019).

⁴Volume de tutelas em saúde em conexão com outros direitos individuais, econômicos, sociais e culturais (integridade física; igualdade; petição; trabalho; devido processo e defesa; proteção ao menor e à gestante; direitos coletivos e ao meio ambiente; outros. Fonte: Relatórios Defensoría del Pueblo (2004; 2007; 2009; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019).

APÊNDICE 17 - Série histórica dos indicadores econômicos e sociais, Brasil, 1990 a 2020.

Indicadores econômicos e sociais – Brasil	1990	1991	1992	1993	1994	1995
População total ¹	149003225	151648007	154259382	156849086	159432717	162019889
População urbana (% da população) ²	73,92	74,69	75,44	76,18	76,90	77,61
PNB, PPC (valores correntes \$) ³	971958751408,56	1024393151254,15	1046628720863,63	1115145772050,06	1183401350156,84	1291380781021,75
PNB per capita, PPC (valores correntes \$) ⁴	6520	6760	6780	7110	7420	7970
Taxa de desemprego (% do total da força laboral) ⁵	–	6,37	6,42	6,03	6,24	6,42
Vulnerabilidade ocupacional (% do total de trabalhadores) ⁶	–	33,80	33,98	33,68	33,32	33,11
PIB, PPC (valores correntes \$) ⁷	998501745592,40	1047875888971,03	1066751849864,61	1142971058269,82	1229652192550,25	1310885156401,76
PIB per capita , PPC (valores correntes \$) ⁸	6701,21	6909,92	6915,31	7287,08	7712,67	8090,89
IDH ⁹	0,613	0,621	0,627	0,635	0,642	0,651
Coefficiente de Gini ¹⁰	60,5	–	53,2	60,1	–	59,6
População refugiada por país ou território de origem ¹¹	15	11	11	9	41	52
População refugiada por país ou território de asilo ¹²	5335	5389	5439	6198	2223	2050

Indicadores econômicos e sociais – Brasil	1996	1997	1998	1999	2000	2001
População total ¹	164614682	167209046	169785253	172318674	174790339	177196051
População urbana (% da população) ²	78,30	79,05	79,78	80,50	81,19	81,55
PNB, PPC (valores correntes \$) ³	1327601778282,66	1389212622257,20	1391681121645,32	1406472614202,53	1538129202519,85	1587691758723,40
PNB per capita, PPC (valores correntes \$) ⁴	8060	8310	8200	8160	8800	8960
Taxa de desemprego (% do total da força laboral) ⁵	7,25	8,16	9,42	10,21	9,9	9,61
Vulnerabilidade ocupacional (% do total de trabalhadores) ⁶	32,08	32,43	32,56	33,14	32,63	32,42
PIB, PPC (valores correntes \$) ⁷	1364355991912,71	1434999308141,79	1456056827513,26	1483991236858,97	1583737935418,29	1640971185024,87
PIB per capita , PPC (valores correntes \$) ⁸	8288,18	8582,07	8575,87	8611,90	9060,79	9260,77
IDH ⁹	0,658	0,665	0,670	0,676	0,685	0,691
Coefficiente de Gini ¹⁰	59,9	59,8	59,6	59,0	–	58,4
População refugiada por país ou território de origem ¹¹	84	103	134	194	220	251
População refugiada por país ou território de asilo ¹²	2212	2260	2345	2374	2718	2877

Indicadores econômicos e sociais – Brasil	2002	2003	2004	2005	2006	2007
População total ¹	179537523	181809244	184006479	186127108	188167353	190130445
População urbana (% da população) ²	81,88	82,20	82,52	82,83	83,14	83,45
PNB, PPC (valores correntes \$) ³	1660196184132,66	1713529500932,45	1865227767486,57	1986218399397,95	2135907584084,35	2335440098788,30
PNB per capita, PPC (valores correntes \$) ⁴	9250	9420	10140	10670	11350	12280
Taxa de desemprego (% do total da força laboral) ⁵	9,37	9,99	9,11	9,57	8,64	8,33
Vulnerabilidade ocupacional (% do total de trabalhadores) ⁶	32,53	32,66	32,19	32,14	31,13	30,71
PIB, PPC (valores correntes \$) ⁷	1717826454363,21	1769689532881,00	1922011086206,48	2045343044816,43	2190727894812,84	2386123366668,17
PIB per capita , PPC (valores correntes \$) ⁸	9568,06	9733,77	10445,34	10988,96	11642,44	12549,93
IDH ⁹	0,699	0,695	0,698	0,700	0,702	0,706
Coeficiente de Gini ¹⁰	58,1	57,6	56,5	56,3	55,6	54,9
População refugiada por país ou território de origem ¹¹	438	377	401	370	703	1623
População refugiada por país ou território de asilo ¹²	3176	3190	3333	3446	3478	20764

Indicadores econômicos e sociais – Brasil	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
População total ¹	192030362	193886505	195713637	197514541	199287292	201035904	202763744
População urbana (% da população) ²	83,75	84,04	84,34	84,63	84,92	85,21	85,49
PNB, PPC (valores correntes \$) ³	2493769549027,91	2515775629792,80	2712167338468,93	2894294561187,89	2923719823241,04	3090347659210,83	3127764536961,12
PNB per capita, PPC (valores correntes \$) ⁴	12990	12980	13860	14650	14670	15370	15430
Taxa de desemprego (% do total da força laboral) ⁵	7,34	8,52	7,73	6,92	7,19	6,98	6,66
Vulnerabilidade ocupacional (% do total de trabalhadores) ⁶	28,93	28,63	28,21	28,02	25,90	26,02	25,89
PIB, PPC (valores correntes \$) ⁷	2556454777931,90	2572703064097,74	2798617241536,23	2970630083312,70	2998534424980,66	3133893649534,80	3187155079572,03
PIB per capita , PPC (valores correntes \$) ⁸	13312,76	13269,12	14299,55	15040,06	15046,29	15588,73	15718,56
IDH ⁹	0,717	0,719	0,727	0,731	0,735	0,753	0,756
Coefficiente de Gini ¹⁰	54,0	53,7	–	52,9	53,5	52,8	52,1
População refugiada por país ou território de origem ¹¹	1401	973	991	1040	1073	982	977
População refugiada por país ou território de asilo ¹²	3831	4218	4346	4466	4681	5185	7478

Indicadores econômicos e sociais – Brasil	2015	2016	2017	2018	2019	2020
População total ¹	204471759	206163056	207833825	209469320	211049519	212559409
População urbana (% da população) ²	85,77	86,04	86,31	86,57	86,82	87,07
PNB, PPC (valores correntes \$) ³	2958026429307,17	2876740136507,09	2961280980576,57	3007176154644,92	3097486027043,49	—
PNB per capita, PPC (valores correntes \$) ⁴	14470	13950	14250	14360	14680	—
Taxa de desemprego (% do total da força laboral) ⁵	8,43	11,6	12,82	12,33	11,93	13,67
Vulnerabilidade ocupacional (% do total de trabalhadores) ⁶	26,92	27,38	27,58	27,90	28,33	—
PIB, PPC (valores correntes \$) ⁷	3014754849735,88	2939094210373,69	3017715870282,25	3094677741734,28	3181867696849,40	—
PIB per capita , PPC (valores correntes \$) ⁸	14744,11	14256,16	14519,85	14773,90	15076,40	—
IDH ⁹	0,756	0,758	0,761	0,762	0,765	—
Coefficiente de Gini ¹⁰	51,9	53,3	53,3	53,9	53,4	—
População refugiada por país ou território de origem ¹¹	893	803	851	1038	1399	1588
População refugiada por país ou território de asilo ¹²	8703	9674	10260	11304	32844	59147

¹População total. Fonte: The World Bank. Health: Population: Structure. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicador/SP.POP.TOTL?end=2020&locations=BR-CO&start=1990&view=chart>>. Acesso em: 01 nov. 2021.

²População urbana (% da população). Fonte: The World Bank. Environment: Density & urbanization. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicador/SP.URB.TOTL.IN.ZS?end=2020&locations=BR-CO&start=1990>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

³Produto Nacional Bruto, por Paridade do Poder de Compra (valores correntes \$). Fonte: The World Bank. Economic Policy & Debt: Purchasing power parity. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicador/NY.GNP.MKTP.PP.CD?locations=BR-CO>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

⁴Produto Nacional Bruto per capita/Renda per capita, por Paridade do Poder de Compra (valores correntes \$). Fonte: The World Bank. Economic Policy & Debt: Purchasing power parity. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicador/NY.GNP.PCAP.PP.CD?locations=BR-CO>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

⁵Taxa de desemprego (% do total da força laboral). Fonte: The World Bank. Social Protection & Labor: Unemployment. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicador/SL.UEM.TOTL.ZS?locations=BR-CO>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

⁶Vulnerabilidade ocupacional (% do total de trabalhadores). Fonte: The World Bank. Social Protection & Labor: Economic activity. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicador/SL.EMP.VULN.ZS?locations=BR-CO>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

⁷Produto Interno Bruto, por Paridade do Poder de Compra (valores correntes \$). Fonte: The World Bank. Economic Policy & Debt: Purchasing power parity. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicador/NY.GDP.MKTP.PP.CD?locations=BR-CO>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

⁸Produto Interno Bruto per capita, por Paridade do Poder de Compra (valores correntes \$). Fonte: The World Bank. Economic Policy & Debt: Purchasing power parity. The World Bank. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.CD?locations=BR-CO>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

⁹Índice de Desenvolvimento Humano. Fonte: United Nations Development Programme. Human Development Reports. Disponível em: <<http://hdr.undp.org/en/indicators/137506#>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

¹⁰Coefficiente de Gini. Fonte: The World Bank. Poverty: Income distribution. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI?end=2019&locations=BR-CO&start=1990>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

¹¹População refugiada por país ou território de origem. Fonte: The World Bank. Social Protection & Labor: Migration. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicator/SM.POP.REFG.OR?end=2020&locations=BR-CO&start=1990>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

¹²População refugiada por país ou território de asilo. Fonte: The World Bank. Social Protection & Labor: Migration. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicator/SM.POP.REFG?end=2020&locations=BR-CO&start=1990>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

APÊNDICE 18 - Série histórica dos indicadores de saúde e mortalidade infantil, Brasil, 1990 a 2020.

Indicadores de saúde e mortalidade - Brasil	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Expectativa de vida ao nascer (anos) ¹	65,3	65,7	66,1	66,6	67,1	67,6	68,1	68,6	69,1	69,6	70,1	70,5	70,9	71,3	71,6	71,9	72,2
Taxa bruta de mortalidade (por mil) ²	7,2	7,0	6,9	6,8	6,6	6,5	6,4	6,3	6,2	6,1	6,0	6,0	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9
Razão de Mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos) ³	—	—	—	—	—	115,7	103,2	109,7	110,2	92,3	73,3	70,9	75,9	73	76,1	74,7	77,2
Taxa de mortalidade neonatal (por 1.000 nascidos vivos) ⁴	25,27	24,35	23,45	22,63	21,87	21,15	20,48	19,86	19,23	18,61	17,98	17,35	16,68	15,88	14,95	14,09	13,32
Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) ⁵	52,43	50,35	48,14	45,76	43,34	40,90	38,55	36,33	34,23	32,22	30,30	28,46	26,70	25,02	23,46	21,98	20,63
Taxa de mortalidade em menores de cinco anos (por 1.000 nascidos vivos) ⁶	62,87	60,07	57,13	54,03	50,88	47,79	44,81	42,04	39,42	36,97	34,63	32,41	30,29	28,30	26,44	24,73	23,18

Indicadores de saúde e mortalidade - Brasil	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Expectativa de vida ao nascer (anos) ¹	72,5	72,8	73,0	73,3	73,6	73,9	74,2	74,5	74,7	75,0	75,3	75,6	75,9	76,1
Taxa bruta de mortalidade (por mil) ²	5,9	5,9	5,9	6,0	6,0	6,0	6,1	6,1	6,2	6,2	6,3	6,3	6,5	6,6
Razão de Mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos) ³	77	68,1	72,4	68,9	61,8	59,3	62,1	63,8	62	64,4	64,5	59,1	57,9	—
Taxa de mortalidade neonatal (por 1.000 nascidos vivos) ⁴	12,65	12,10	11,63	11,17	10,70	10,29	9,99	9,73	9,39	9,65	8,51	8,14	7,87	—
Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) ⁵	19,44	18,38	17,47	16,69	16,02	15,44	14,93	14,48	14,05	14,62	13,23	12,83	12,45	—
Taxa de mortalidade em menores de cinco anos (por 1.000 nascidos vivos) ⁶	21,81	20,60	19,56	18,68	17,92	17,27	16,71	16,20	15,72	16,36	14,81	14,36	13,94	—

¹Expectativa de vida ao nascer (anos). Fonte: Pan American Health Organization (PAHO). Plataforma de Información en Salud para las Américas (PLISA). 1990 a 2018 - Disponível em: <<https://www3.paho.org/data/index.php/es/analisis/perfiles-de-salud/274-perfiles-nacional-indicadores.html>>. Acesso em: 01 nov 2021. 2019 e 2020 - Disponível em: <<https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos>>. Acesso em: 01 nov 2021.

²Taxa bruta de mortalidade (por mil). Fonte: Pan American Health Organization (PAHO). Health Information Platform for the Americas (PLISA). 1990 a 1994 - Disponível em: <<https://www3.paho.org/data/index.php/es/analisis/perfiles-de-salud/274-perfiles-nacional-indicadores.html>>. Acesso em: 17 jan. 2022. 1995 a 2020 - Disponível em: <<https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos>>. Acesso em: 17 jan. 2022.

³Razão de Mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos). Fonte: Pan American Health Organization (PAHO). Health Information Platform for the Americas (PLISA). Disponível em: <<https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos>>. Acesso em: 02 nov 2021.

⁴Taxa de mortalidade neonatal (por 1.000 nascidos vivos) na metade do ano. Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Child Mortality Estimates. Disponível em: <<https://data.unicef.org/topic/child-survival/neonatal-mortality/>>. Acesso em: 01 nov. 2021.

⁵Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) na metade do ano. Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Child Mortality Estimates. Disponível em: <<https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

⁶Taxa de mortalidade em menores de cinco anos (por 1.000 nascidos vivos). Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Child Mortality Estimates. Disponível em: <<https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

APÊNDICE 19 - Série histórica dos indicadores de gastos em saúde, Colômbia, 2000 a 2020.

BRASIL	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Gastos públicos com saúde (% PIB) ¹	3,47	3,51	3,69	3,51	3,47	3,35	3,54
Gastos públicos com saúde (PPC, valores correntes) ²	54955706359,01	57598088594,37	63387796166,00	62116102604,12	66693784691,36	68518992001,35	77551767476,37
Gastos públicos com saúde per capita (PPC, valores correntes) ³	314,41	325,05	353,06	341,66	362,45	368,13	412,14
Gastos privados com saúde (% PIB) ⁴	4,84	5,01	4,98	4,66	4,61	4,68	4,70
Gastos privados com saúde (PPC, valores correntes) ⁵	76652916074,25	82212656369,75	85547757427,29	82467532232,25	88604711074,12	95722054497,41	102964211056,20
Gastos privados com saúde per capita (PPC, valores correntes) ⁶	438,54	463,96	476,49	453,59	481,53	514,28	547,19
Gasto total com saúde (PPC, valores correntes) ⁷	131608622433,26	139810744964,12	148935553593,29	144583634836,38	155298495765,48	164241046498,76	180515978532,58
Gastos públicos com saúde (% do gasto total) ⁸	41,76	41,20	42,56	42,96	42,95	41,72	42,96
Gastos privados com saúde (% do gasto total) ⁹	58,24	58,80	57,44	57,04	57,05	58,28	57,04
Gasto do próprio bolso com saúde (% gasto total em saúde) ¹⁰	36,59	37,81	36,41	35,47	35,37	35,88	34,37
Gasto do próprio bolso com saúde (PPC, valores correntes) ¹¹	48155594948,33	52862442670,93	54227435063,32	51283815276,46	54929077952,25	58929687483,75	62043341821,65
Risco de gastos catastróficos por atenção cirúrgica (% de pessoas em risco) ¹²	—	—	—	25,50	26,60	25,00	24,70

BRASIL	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Gastos públicos com saúde (% PIB) ¹	3,48	3,50	3,71	3,58	3,47	3,35	3,55
Gastos públicos com saúde (PPC, valores correntes) ²	83037093160,05	89475917227,62	95447283678,03	100190497247,00	103080863890,95	100450903236,85	111253224558,49
Gastos públicos com saúde per capita (PPC, valores correntes) ³	436,74	465,95	492,28	511,92	521,89	504,05	553,40
Gastos privados com saúde (% PIB) ⁴	4,71	4,50	4,67	4,35	4,30	4,37	4,42
Gastos privados com saúde (PPC, valores correntes) ⁵	112386410570,07	115040465006,94	120145233093,36	121739850006,83	127737093582,45	131035954371,66	138518099309,44
Gastos privados com saúde per capita (PPC, valores correntes) ⁶	591,10	599,07	619,67	622,03	646,72	657,52	689,02
Gasto total com saúde (PPC, valores correntes) ⁷	195423503730,12	204516382234,55	215592516771,39	221930347253,82	230817957473,40	231486857608,51	249771323867,92
Gastos públicos com saúde (% do gasto total) ⁸	42,49	43,75	44,27	45,15	44,66	43,39	44,54
Gastos privados com saúde (% do gasto total) ⁹	57,51	56,25	55,73	54,85	55,34	56,61	55,46
Gasto do próprio bolso com saúde (% gasto total em saúde) ¹⁰	33,09	30,88	31,21	29,39	29,30	29,68	28,18
Gasto do próprio bolso com saúde (PPC, valores correntes) ¹¹	64665637384,30	63154658834,03	67286424484,35	65225329057,90	67629661539,71	68705299338,20	70385559065,98
Risco de gastos catastróficos por atenção cirúrgica (% de pessoas em risco) ¹²	21,70	18,40	17,70	16,00	15,10	15,50	14,20

BRASIL	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Gastos públicos com saúde (% PIB) ¹	3,70	3,85	3,95	3,95	3,89	3,91	—
Gastos públicos com saúde (PPC, valores correntes) ²	117924737944,17	116068061714,83	116094221309,76	119199776876,15	120382964153,46	124411026946,81	—
Gastos públicos com saúde per capita (PPC, valores correntes) ³	581,59	567,65	563,12	573,53	574,70	589,49	—
Gastos privados com saúde (% PIB) ⁴	4,69	5,05	5,21	5,51	5,57	5,67	—
Gastos privados com saúde (PPC, valores correntes) ⁵	149477573231,93	152245119911,66	153126808360,47	166276144452,55	172373550214,60	180411898411,36	—
Gastos privados com saúde per capita (PPC, valores correntes) ⁶	737,20	744,58	742,75	800,04	822,91	854,83	—
Gasto total com saúde (PPC, valores correntes) ⁷	267402311176,09	268313181626,49	269221029670,23	285475921328,70	292756514368,06	304822925358,17	—
Gastos públicos com saúde (% do gasto total) ⁸	44,10	43,26	43,12	41,75	41,12	40,81	—
Gastos privados com saúde (% do gasto total) ⁹	55,90	56,74	56,88	58,25	58,88	59,19	—
Gasto do próprio bolso com saúde (% gasto total em saúde) ¹⁰	28,18	24,71	24,42	24,47	24,83	24,88	—
Gasto do próprio bolso com saúde (PPC, valores correntes) ¹¹	75353971289,42	66300187179,91	65743775445,47	69855957949,13	72691442517,59	75839943829,11	—
Risco de gastos catastróficos por atenção cirúrgica (% de pessoas em risco) ¹²	12,90	13,60	14,90	14,70	15,20	15,30	15,40

¹Gasto público anual em saúde (% PIB). Fonte: Pan American Health Organization (PAHO). Health Information Platform for the Americas (PLISA). Disponível em: <<https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos#definitions>>. Acesso em: 24 nov 2022.

²Cálculos próprios a partir do gasto público anual com saúde (% PIB) e do valor anual do PIB, PPC em valores correntes (Apêndice 18).

³Cálculos próprios a partir do gasto público anual com saúde (PPC, valores correntes) e da população total por ano (Apêndice 18).

⁴Gasto privado anual em saúde (% PIB). Fonte: Pan American Health Organization (PAHO). Health Information Platform for the Americas (PLISA). Disponível em: <<https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos#definitions>>. Acesso em: 24 nov 2022.

⁵Cálculos próprios a partir do gasto privado anual com saúde (% PIB) e do valor anual do PIB, PPC em valores correntes (Apêndice 18).

⁶Cálculos próprios a partir do gasto privado anual com saúde (PPC, valores correntes) e da população total por ano (Apêndice 18).

⁷Cálculos próprios a partir do gasto público anual com saúde (PPC, valores correntes) e do gasto privado anual com saúde (PPC, valores correntes).

⁸Cálculos próprios a partir do gasto total anual com saúde (PPC, valores correntes) e do gasto público anual com saúde (PPC, valores correntes)

⁹Cálculos próprios a partir do gasto total anual com saúde (PPC, valores correntes) e do gasto privado anual com saúde (PPC, valores correntes)

¹⁰Gasto do próprio bolso com saúde (% gasto total em saúde). Fonte: Pan American Health Organization (PAHO). Health Information Platform for the Americas (PLISA). Disponível em: <<https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos#definitions>>. Acesso em: 24 nov 2022.

¹¹Cálculos próprios a partir do gasto total anual com saúde (PPC, valores correntes) e do gasto do próprio bolso com saúde (% gasto total em saúde).

¹²Risco de gastos catastróficos por atenção cirúrgica (% de pessoas em risco). Fonte: The World Bank. Health: Risk factors. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicador/SH.SGR.CRSK.ZS?locations=BR-CO&view=chart>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

APÊNDICE 20 - Volume de ações em saúde novas, por Tribunal de Justiça Estadual e projeção da população estadual, Brasil, 2015-2020.

Tribunal¹	Ações 2015	Ações 2016	Ações 2017	Ações 2018	Ações 2019	Ações 2020	População projetada² 2015	População projetada 2016	População projetada 2017	População projetada 2018	População projetada 2019	População projetada 2020
TJAC	279	381	10403	1.117	1.649	155	803513	816687	829619	869265	881935	894470
TJAL	2.613	4.506	4.788	8.515	6.592	2.369	3340932	3358963	3375823	3322820	3337357	3351543
TJAM	2.261	492	1.187	573	571	249	3938336	4001667	4063614	4080611	4144597	4207714
TJAP	736	1.111	859	640	928	81	766679	782295	797722	829494	845731	861773
TJBA	14.803	17.074	26.031	26.498	26.072	19.376	15203934	15276566	15344447	14812617	14873064	14930634
TJCE	4.157	4.633	5.586	10.333	1.990	7.672	8904459	8963663	9020460	9075649	9132078	9187103
TJDFT	3.869	5.812	9.466	8.259	8.995	7.970	2914830	2977216	3039444	2974703	3015268	3055149
TJES	8.981	11.394	9.443	11.963	14.070	6.430	3929911	3973697	4016356	3972388	4018650	4064052
TJGO	1.054	1.135	2.274	5.292	4.913	5.153	6610681	6695855	6778772	6921161	7018354	7113540
TJMA	2.147	2.767	3.282		4.629	5.822	6904241	6954036	7000229	7035055	7075181	7114598
TJMG	29.927	85.011	42.416	36.783	46.809	203.177	20869101	20997560	21119536	21040662	21168791	21292666
TJMS	3.184	6.237	6.156	11.142	8.546	7.738	2651235	2682386	2713147	2748023	2778986	2809394
TJMT	3.876	5.327	3.833	4.615	53.102	26.144	3265486	3305531	3344544	3441998	3484466	3526220
TJPA	1.141	1.034	1.565	1.462	5.002	1.842	8175113	8272724	8366628	8513497	8602865	8690745
TJPB	3.060	3.644	4.802	4.223	5.097	4.552	3972202	3999415	4025558	3996496	4018127	4039277
TJPE	9.466	11.459	9.413	5.871	8.927	6.152	9345173	9410336	9473266	9496294	9557071	9616621
TJPI	625	845	2.993	2.307	2.494	2.167	3204028	3212180	3219257	3264531	3273227	3281480
TJPR	9.736	9.129	8.789	2.458	11.034	8.938	11163018	11242720	11320892	11348937	11433957	11516840
TJRJ	35.492	26.612	34.123	37.564	40.689	31.305	16550024	16635996	16718956	17159960	17264943	17366189
TJRO		3.444	2.476	4.425	3.632	1.225	1768204	1787279	1805788	1757589	1777225	1796460
TJRN	2.929	3.524	4.608	4.705	4.873	4.406	3442175	3474998	3507003	3479010	3506853	3534165
TJRS	42.593	42.593	50.218	54.406	51.441	46.467	11247972	11286500	11322895	11329605	11377239	11422973
TJRR	115	38	49	65	29	330	505665	514229	522636	576568	605761	631181
TJSC	19.986	16.742	14.787	15.965	22.507	10.648	6819190	6910553	7001161	7075494	7164788	7252502
TJSE	1.352	2.505	3.717	3.250	2.535	998	2242937	2265779	2288116	2278308	2298696	2318822
TJSP	116.209	50.689	102.280	60.982	86.593	72.087	44396484	44749699	45094866	45538936	45919049	46289333
TJTO	1.804	2.309	1.894	2.984	3.914	2.970	1515126	1532902	1550194	1555229	1572866	1590248

¹Dados disponíveis no relatório da pesquisa do CNJ de 2021 (CNJ, 2021, p.29).

²Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estimativas 2020. Série 2001_2020_TCU. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=downloads>. Acesso em 14 dez. 2022.

APÊNDICE 21 - Série histórica do IDH subnacional, Brasil, 1990 a 2019.

Brasil	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Acre	0,555	0,561	0,566	0,573	0,580	0,588	0,594	0,601	0,605	0,610	0,618	0,628	0,637	0,635	0,639
Alagoas	0,534	0,539	0,544	0,551	0,558	0,566	0,571	0,577	0,581	0,586	0,594	0,606	0,618	0,619	0,626
Amapa	0,621	0,627	0,633	0,641	0,649	0,658	0,665	0,672	0,677	0,683	0,692	0,697	0,702	0,696	0,696
Amazonas	0,575	0,580	0,586	0,594	0,601	0,610	0,616	0,623	0,628	0,633	0,641	0,651	0,660	0,658	0,662
Bahia	0,572	0,577	0,583	0,590	0,597	0,605	0,611	0,618	0,622	0,627	0,635	0,645	0,654	0,653	0,657
Ceara	0,566	0,571	0,576	0,583	0,591	0,599	0,605	0,611	0,616	0,621	0,628	0,639	0,649	0,647	0,652
Distrito Federal	0,690	0,696	0,704	0,713	0,722	0,732	0,740	0,748	0,754	0,761	0,771	0,776	0,780	0,773	0,772
Espirito Santo	0,623	0,628	0,635	0,643	0,651	0,660	0,667	0,674	0,680	0,685	0,694	0,701	0,707	0,702	0,703
Goiás	0,624	0,630	0,636	0,644	0,652	0,661	0,668	0,675	0,680	0,686	0,695	0,702	0,709	0,704	0,705
Maranhao	0,534	0,539	0,544	0,551	0,557	0,566	0,571	0,577	0,581	0,586	0,593	0,604	0,615	0,614	0,620
Mato Grosso	0,598	0,604	0,610	0,618	0,626	0,634	0,641	0,648	0,653	0,658	0,667	0,676	0,684	0,682	0,685
Mato Grosso do Sul	0,613	0,619	0,625	0,633	0,641	0,650	0,656	0,664	0,669	0,674	0,683	0,691	0,698	0,695	0,697
Minas Gerais	0,621	0,626	0,633	0,641	0,649	0,658	0,664	0,672	0,677	0,682	0,691	0,698	0,704	0,699	0,700
Para	0,563	0,568	0,574	0,581	0,588	0,597	0,603	0,609	0,614	0,619	0,627	0,636	0,645	0,642	0,646
Paraíba	0,561	0,567	0,572	0,579	0,586	0,594	0,600	0,606	0,611	0,616	0,624	0,635	0,645	0,645	0,650
Parana	0,629	0,635	0,641	0,650	0,658	0,667	0,674	0,681	0,686	0,692	0,701	0,708	0,714	0,709	0,710
Pernambuco	0,568	0,574	0,579	0,587	0,594	0,602	0,608	0,615	0,620	0,625	0,633	0,643	0,653	0,652	0,656
Piauí	0,553	0,558	0,563	0,570	0,576	0,585	0,590	0,597	0,601	0,606	0,613	0,623	0,633	0,631	0,636
Rio de Janeiro	0,653	0,659	0,666	0,674	0,683	0,692	0,700	0,708	0,713	0,720	0,729	0,735	0,740	0,735	0,734
Rio Grande do Norte	0,580	0,585	0,591	0,598	0,605	0,614	0,620	0,627	0,631	0,637	0,645	0,655	0,665	0,664	0,669
Rio Grande do Sul	0,646	0,652	0,658	0,667	0,675	0,685	0,692	0,699	0,705	0,711	0,720	0,726	0,731	0,724	0,723
Rondonia	0,558	0,563	0,568	0,576	0,583	0,591	0,597	0,603	0,608	0,613	0,621	0,632	0,643	0,643	0,649
Roraima	0,600	0,605	0,611	0,619	0,626	0,635	0,642	0,649	0,653	0,659	0,668	0,677	0,686	0,683	0,687
Santa Catarina	0,647	0,653	0,659	0,668	0,676	0,686	0,693	0,701	0,706	0,712	0,721	0,727	0,731	0,725	0,724
Sao Paulo	0,654	0,660	0,667	0,676	0,684	0,694	0,701	0,709	0,715	0,721	0,730	0,736	0,741	0,734	0,734
Sergipe	0,580	0,585	0,591	0,598	0,605	0,614	0,620	0,627	0,631	0,636	0,645	0,655	0,664	0,662	0,667
Tocantins	0,562	0,567	0,572	0,580	0,587	0,595	0,601	0,608	0,612	0,617	0,625	0,637	0,649	0,650	0,657

Brasil	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Acre	0,646	0,650	0,655	0,669	0,673	0,683	0,687	0,691	0,709	0,710	0,711	0,712	0,715	0,715	0,719
Alagoas	0,635	0,642	0,650	0,666	0,674	0,686	0,690	0,694	0,712	0,714	0,715	0,716	0,718	0,719	0,722
Amapa	0,698	0,697	0,698	0,708	0,708	0,714	0,719	0,723	0,741	0,742	0,744	0,745	0,748	0,748	0,752
Amazonas	0,668	0,672	0,677	0,690	0,694	0,704	0,708	0,712	0,730	0,731	0,733	0,734	0,737	0,737	0,741
Bahia	0,664	0,667	0,673	0,687	0,692	0,702	0,706	0,710	0,728	0,730	0,731	0,732	0,735	0,735	0,739
Ceara	0,659	0,664	0,670	0,684	0,689	0,700	0,704	0,708	0,726	0,728	0,729	0,730	0,733	0,733	0,737
Distrito Federal	0,773	0,771	0,772	0,781	0,780	0,785	0,791	0,796	0,814	0,816	0,818	0,819	0,823	0,823	0,827
Espirito Santo	0,706	0,707	0,709	0,720	0,722	0,729	0,733	0,738	0,756	0,757	0,759	0,760	0,763	0,764	0,767
Goias	0,709	0,710	0,713	0,724	0,726	0,733	0,738	0,742	0,761	0,762	0,764	0,765	0,768	0,768	0,772
Maranhao	0,628	0,634	0,640	0,656	0,662	0,673	0,677	0,681	0,698	0,700	0,701	0,702	0,704	0,705	0,708
Mato Grosso	0,690	0,693	0,698	0,711	0,714	0,723	0,728	0,732	0,750	0,752	0,753	0,754	0,757	0,758	0,762
Mato Grosso do Sul	0,701	0,703	0,706	0,718	0,721	0,729	0,733	0,738	0,756	0,758	0,759	0,760	0,763	0,764	0,768
Minas Gerais	0,704	0,705	0,707	0,718	0,720	0,727	0,731	0,736	0,754	0,755	0,757	0,758	0,761	0,762	0,765
Para	0,652	0,655	0,660	0,673	0,677	0,686	0,690	0,694	0,712	0,714	0,715	0,716	0,718	0,719	0,722
Paraiba	0,658	0,663	0,670	0,685	0,691	0,702	0,707	0,711	0,729	0,730	0,732	0,733	0,735	0,736	0,739
Parana	0,713	0,714	0,716	0,727	0,728	0,735	0,740	0,744	0,763	0,764	0,766	0,767	0,770	0,771	0,774
Pernambuco	0,663	0,667	0,673	0,688	0,693	0,703	0,707	0,712	0,729	0,731	0,732	0,733	0,736	0,737	0,740
Piaui	0,643	0,647	0,653	0,667	0,672	0,682	0,686	0,690	0,708	0,710	0,711	0,711	0,714	0,715	0,718
Rio de Janeiro	0,736	0,736	0,737	0,748	0,748	0,754	0,759	0,764	0,782	0,783	0,785	0,786	0,790	0,790	0,794
Rio Grande do Norte	0,676	0,680	0,686	0,701	0,706	0,716	0,721	0,725	0,743	0,745	0,746	0,747	0,750	0,751	0,754
Rio Grande do Sul	0,725	0,725	0,725	0,735	0,735	0,741	0,745	0,750	0,768	0,770	0,771	0,772	0,776	0,776	0,780
Rondonia	0,656	0,662	0,668	0,684	0,690	0,701	0,705	0,709	0,727	0,729	0,730	0,731	0,734	0,734	0,738
Roraima	0,693	0,696	0,701	0,714	0,719	0,728	0,732	0,737	0,755	0,757	0,758	0,759	0,762	0,763	0,766
Santa Catarina	0,726	0,725	0,725	0,735	0,735	0,740	0,745	0,750	0,768	0,769	0,771	0,772	0,775	0,776	0,780
Sao Paulo	0,736	0,735	0,736	0,745	0,746	0,751	0,756	0,761	0,779	0,780	0,782	0,783	0,786	0,787	0,791
Sergipe	0,674	0,678	0,683	0,697	0,702	0,713	0,717	0,721	0,739	0,741	0,742	0,743	0,746	0,747	0,750
Tocantins	0,666	0,672	0,680	0,696	0,703	0,716	0,720	0,724	0,742	0,744	0,745	0,746	0,749	0,750	0,753

Fonte: Nijmegen Center for Economics (NiCE)/Institute for Management Research, Radboud University. Global Data Lab. Disponível em: <https://globaldatalab.org/shdi/shdi/BRA+COL/?levels=1%2B4&interpolation=1&extrapolation=0&nearest_real=0>. Acesso em 05 out. 2021

ANEXO 1 - Aprovação Comitê de Ética (páginas 1 e 6)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL E NA COLÔMBIA: UMA ANÁLISE COMPARADA NA PERSPECTIVA HISTÓRICA E DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Pesquisador: Eli Iola Gurgel Andrade

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 24538919.4.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.823.605

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo quali-quantitativo, no formato de estudo de casos comparados, que traz a contribuição de diversos enfoques para a definição das variáveis de coleta e categorias de análise dos dados e informações.

O estudo será dividido em duas etapas não consecutivas. Serão realizadas análise documental e revisão narrativa da literatura, que inclui artigos, teses, relatórios técnicos, livros, documentos legais (Constituições Nacionais, Leis; Portarias, Normas e Resoluções), informes estatísticos, entre outros. A chamada literatura cinzenta e artigos de imprensa também serão utilizados para obtenção de informações do contexto atual, que porventura ainda não constem em documentos científicos e históricos. As buscas serão realizadas nas principais bases de dados de literatura científica e oficiais dos países. Além disso, serão utilizadas as referências citadas nos documentos analisados que se mostrarem pertinentes ao objeto de pesquisa. Nesse sentido, propõe-se realizar um estudo comparativo entre o sistema de saúde do Brasil e o da Colômbia, a qual também é um país marcado por ampla exclusão social, altos níveis de pobreza, baixo acesso à saúde e educação e altas taxas de judicialização da saúde. O sistema de saúde colombiano foi implementado a partir do modelo do Banco Mundial, na forma do pluralismo estruturado, cuja característica basilar é a transformação do Estado em modulador e articulador, deixando a prestação dos serviços a cargo, principalmente, do setor privado, levando à decadência dos serviços de assistência pública à saúde. Nessa perspectiva, o objetivo deste trabalho é analisar

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S/1 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.823.805

Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVR E E ESCLARECIDO_readequado.doc	19/12/2019 17:48:17	Eli lola Gurgel Andrade	Aceito
Cronograma	Cronograma_reformulado.doc	19/12/2019 17:47:34	Eli lola Gurgel Andrade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVR E E ESCLARECIDO_corrigido.doc	30/10/2019 13:33:16	Eli lola Gurgel Andrade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVR E E ESCLARECIDO.pdf	28/10/2019 13:29:45	Eli lola Gurgel Andrade	Aceito
Outros	Roteiro_das_entrevistas.pdf	28/10/2019 13:29:20	Eli lola Gurgel Andrade	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Efetivacao_direito_saude_Brasil_e_Colombia_perspectiva_historica_e_judicializacao.pdf	28/10/2019 13:24:45	Eli lola Gurgel Andrade	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_e_Aprovacao_Camara_departa mental.pdf	28/10/2019 13:21:04	Eli lola Gurgel Andrade	Aceito
Cronograma	Cronograma.doc	28/10/2019 13:18:53	Eli lola Gurgel Andrade	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	28/10/2019 13:16:34	Eli lola Gurgel Andrade	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 05 de Fevereiro de 2020

Assinado por:

Críssia Carem Paiva Fontainha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad. Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO 2 - Aprovação Comitê de Ética - emenda (páginas 1 e 6)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL E NA COLÔMBIA: UMA ANÁLISE COMPARADA NA PERSPECTIVA HISTÓRICA E DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Pesquisador: Eli Iola Gurgel Andrade

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 24538919.4.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.384.405

Apresentação do Projeto:

Esta emenda ao projeto de pesquisa objetiva obter a autorização para a mudança do formato das entrevistas, anteriormente previstas para ocorrerem presencialmente, para o formato à distância, por meio de plataformas de webconferência.

O projeto "EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL E NA COLÔMBIA: UMA ANÁLISE COMPARADA NA PERSPECTIVA HISTÓRICA E DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE" pretende realizar um estudo quali-quantitativo, no formato de estudo de casos, com coleta de dados e informações de diversas fontes, a fim de se aprofundar a análise de ambos os sistemas de saúde e permitir uma comparação abrangente. O estudo será dividido em duas etapas não consecutivas: (i) análise documental e revisão narrativa da literatura; (ii) realização de entrevistas semiestruturadas, não presenciais/virtuais, com atores-chave dos processos de reforma dos sistemas de saúde e da judicialização da saúde, tais como acadêmicos e pesquisadores, gestores, juízes, promotores e defensores públicos de ambos os países.

A justificativa da emenda apresentada foi:

"A submissão da emenda se justifica pela necessidade de mudança no formato das entrevistas a serem realizadas na segunda etapa do estudo, tendo em vista o contexto de emergência sanitária relacionado à pandemia por Covid-19. Dessa forma, as entrevistas semiestruturadas, as quais

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad 31 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.384.405

Infraestrutura	Parecer_e_Aprovacao_Camara_departamental.pdf	28/10/2019 13:21:04	Eli lola Gurgel Andrade	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	28/10/2019 13:16:34	Eli lola Gurgel Andrade	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 07 de Novembro de 2020

Assinado por:
Crissia Carem Paiva Fontainha
(Coordenador(a))


Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad 81 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Artigos originais

A judicialização da saúde no Brasil e na Colômbia: uma discussão à luz do novo constitucionalismo latino-americano¹


Judicialization of health in Brazil and Colombia: a discussion in light of the new Latin American constitutionalism

Luciana Souza d'Ávila^{Ab}

 <https://orcid.org/0000-0001-6998-4587>


E-mail: lucianasdu4m@gmail.com

Eli Iola Gurgel Andrade^{Ac}

 <https://orcid.org/0000-0002-0206-2462>

E-mail: iola@medicina.ufmg.br

Fernando Mussa Abujamra Aith^{Ad}

 <https://orcid.org/0000-0003-1971-9130>

E-mail: fernando.aith@usp.br

^AEscola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Superintendência de Educação e Pesquisa em Saúde. Coordenação de Promoção, Cuidado e Vigilância em Saúde. Belo Horizonte, MG, Brasil.

^BUniversidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Pós-Graduação em Saúde Pública. Belo Horizonte, MG, Brasil.

^CUniversidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva e Social. Belo Horizonte, MG, Brasil.

^DUniversidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Política, Gestão e Saúde. São Paulo, SP, Brasil.

Resumo

Este artigo busca analisar a judicialização da saúde no Brasil e na Colômbia à luz do novo constitucionalismo latino-americano (NCLA), corrente conceitual adotada na região que rompe com os modelos constitucionais europeus e norte-americanos clássicos. No Brasil, a Constituição de 1988 veio em resposta a um longo período de governos militares e, na Colômbia, a Constituição de 1991 surgiu em um contexto de abusos de direitos humanos e altos níveis de violência. O NCLA se materializa a partir dessas novas Cartas Políticas e se sustenta no incremento das formas de participação e na ampliação do papel do Judiciário e dos direitos, como o da saúde. Entretanto, as constituições que trazem uma ampla carta de direitos não conseguiram enfrentar as políticas orientadas para o mercado e a privatização dos serviços de saúde, colocando em xeque a efetivação do direito à saúde e levando ao aumento das ações judiciais. Nesse cenário emerge o protagonismo do Judiciário, fortalecido pelas novas constituições, como poder estatal capaz de concretizar um direito previsto, mas marginalizado. A identificação das necessidades de saúde e reivindicações de segmentos sociais apresenta-se como princípio basilar nesse processo e sinaliza o resgate do NCLA para a efetivação do direito à saúde por meio do litígio estrutural.

Palavras-chave: Judicialização da Saúde; Novo Constitucionalismo; América Latina; Brasil; Colômbia.

Correspondência

Luciana Souza d'Ávila

Rua Uberaba, 780, 3º andar. Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP 30180-080.

¹ Estudo financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (Fapemig) por meio de concessão de bolsa de doutorado à primeira autora do artigo.



CONSECUENCIAS POLÍTICAS E INSTITUCIONALES DE LA JUDICIALIZACIÓN DE LA SALUD EN BRASIL Y COLOMBIA: UN ANÁLISIS COMPARADO

POLITICAL AND INSTITUTIONAL CONSEQUENCES OF THE JUDICIALIZATION OF HEALTH IN BRAZIL AND COLOMBIA: A COMPARATIVE ANALYSIS

Luciana Souza d'Ávila¹ Eli Iola Gurgel Andrade²
Fernando Mussa Abujamra Aith³

DOI: [https://doi.org/10.37767/2591-3476\(2020\)05](https://doi.org/10.37767/2591-3476(2020)05)

RESUMEN:

El objetivo de este artículo es analizar las consecuencias políticas e institucionales de la judicialización de la salud en Brasil y Colombia. Para esto, se realizó una revisión de la literatura, basada en referencias relacionadas con las políticas en salud y judicialización de los países. La salud es un derecho reconocido en Brasil y en Colombia, mas hay diferencias entre los sistemas de salud y jurídicos. Los problemas de acceso han provocado el aumento de las acciones judiciales, lo que lleva a efectos políticos e institucionales. En Brasil, fueron realizadas audiencias públicas; conformados grupos de interés y creadas nuevas instituciones en el poder ejecutivo y en el judiciario. En Colombia, fueron instituidas políticas y reformas estructurales importantes. Se espera que los resultados contribuyan para las discusiones de las políticas y judicialización, con vistas a buscarse la efectucción de lo derecho a la salud en los dos países.

ABSTRACT

This paper aims to analyze the political and institutional consequences of the judicialization of health in Brazil and Colombia. For that, it was accomplished a literature review, based on referenes in health policies and judicialization in both countries. Health is a right recognized in Brazil and in Colombia, but there are differences between the health and juridical systems. Problems of access has induced growth of judicial processes, what lead to political and

1 Analista em Educação e Pesquisa da Escola de Saúde Pública (SP) do Estado de Minas Gerais, Brasil. Mestre e doutoranda em SP pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Direito Sanitário. Resultados parciais da pesquisa de doutorado "A efetivação do direito à saúde no Brasil e na Colômbia: uma análise comparada na perspectiva histórica e da judicialização da saúde", financiada pela FAPEMIG, por meio de bolsa. E-mail: lucianaad14m@gmail.com. ORCID iD: 0000-0001-6998-4587.

2 Professora Titular da Faculdade de Medicina da UFMG. Líder do Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde da UFMG. Membro da Câmara de Assessoramento de Políticas Públicas da FAPEMIG. Pesquisadora (1C) do CNPQ/Brasil. Membro do Conselho Deliberativo da ABRASCO. Doutora em Demografia pela UFMG. Especialista em Ciência Política. Orientadora da pesquisa. E-mail: iola@medicina.ufmg.br. ORCID iD: 0000-0002-0206-2462.

3 Professor Titular do Departamento de Política, Gestão e Saúde da Faculdade de SP da Universidade de São Paulo (FSP/USP). Co-Diretor Científico do Núcleo de Pesquisa em Direito Sanitário da USP. Livre-Docente em Teoria Geral do Estado pela Faculdade de Direito da USP. Pós-Doutor em Direito Público pela Faculdade de Direito da Universidade de Paris 2. Doutor em SP pela USP. Mestre em Filosofia e Teoria Geral do Direito pela FADUSP. Co-Orientador da pesquisa. E-mail: fernanda.aith@usp.br. ORCID iD: 0000-0003-1971-9130.

ANEXO 5 - Demais produções e publicações

IX CONGRESO IBEROAMERICANO DE DERECHO SANITARIO

Los escenarios de vulnerabilidad
y su incidencia en el derecho a la salud



Se certifica que

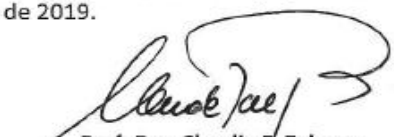
Luciana Souza d'Ávila

ha participado en calidad de Ponente en **“CONSECUENCIAS POLÍTICAS E INSTITUCIONALES DE LA JUDICIALIZACIÓN DE LA SALUD EN BRASIL Y COLOMBIA: UN ANÁLISIS COMPARADO”**

del IX Congreso Iberoamericano de Derecho Sanitario: “Los escenarios de vulnerabilidad y su incidencia en el derecho a la salud”, organizado conjuntamente con el II Seminario Internacional “Nuevos impactos y desafíos en materia de Salud” y el III Congreso argentino de Derecho sanitario.

Los eventos se celebraron en la sede de la Universidad Blas Pascal, en la ciudad de Córdoba (República Argentina), los días 10, 11 y 12 de octubre de 2019.


Prof. Dra. Claudia Madies
Coordinadora Red Argentina DS


Prof. Dra. Claudia E. Zalazar
Presidenta de la Sala de Derecho a la Salud / Instituto de Investigación en
Ciencias jurídicas (IDI-CJ)

Ministerio de
**CIENCIA
Y TECNOLOGÍA**

 **RED ARGENTINA DE
DERECHO SANITARIO**

 **RED IBEROAMERICANA
DE DERECHO SANITARIO**

DAS **DERECHO
A LA SALUD**
UNIVERSIDAD BLAS PASCAL

 **IUSCI**
Escuela de
las Naciones Unidas
para la Educación,
la Ciencia y la Cultura

 **UNITEC**
Cátedra UNITEC
de Seguridad Jurídica
y Desarrollo Regional

UBP **UNIVERSIDAD
BLAS PASCAL**

Para validar, acesse <http://www.abrascoeventos.org.br/validacao/?cod=4565891>



8º CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE

IGUALDADE NAS DIFERENÇAS

ENFRENTAMENTOS NA CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DO BEM-VIVER E O SUS

26 A 30 de SETEMBRO de 2019 - JOÃO PESSOA - PB

Certificamos que o trabalho

A GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL E NA COLÔMBIA NO CONTEXTO DO NOVO CONSTITUCIONALISMO LATINO-AMERICANO

dos autores: LUCIANA SOUZA D'ÁVILA; ELI IOLA GURGEL DE ANDRADE; FERNANDO MUSSA ABUJAMRA AITH, foi apresentado na modalidade Exposição Oral, no 8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde ocorrido de 26 a 30 de setembro de 2019 na Universidade Federal da Paraíba em João Pessoa/PB.

João Pessoa, 30 de setembro de 2019

João Pessoa, 30 de setembro de 2019

Gulnar Azevedo e Silva
Presidente da Abrasco

Martinho Braga Batista e Silva
Presidente do Congresso

Organização



Apoio



CERTIFICATE OF PRESENTATION

This is to certify that

LUCIANA SOUZA D'AVILA

presented the abstract entitled

"Una nueva mirada a la judicialización: contribuciones de un estudio comparativo de la realización del derecho a la salud en Brasil y Colombia"

at the Seventh Global Symposium on Health Systems Research, held from October 31 – November 4, 2022, virtually and in-person in Bogota, Colombia.



Eva Slawecki
Executive Director,
Health Systems Global



hsr2022

SEVENTH GLOBAL
SYMPOSIUM ON
HEALTH SYSTEMS RESEARCH

SÉPTIMO SIMPOSIO
MUNDIAL SOBRE
INVESTIGACIÓN EN
SISTEMAS DE SALUD