

2. UNIVERSALIDADE E EQUIDADE EM SAÚDE NA AMÉRICA LATINA: federalismo importa?

José Angelo Machado

Introdução

Em 2014 os Estados-membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) tomaram uma decisão inédita ao aprovarem a Resolução CD53.R14. Nela se comprometeram com a Estratégia de Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde. Quatro linhas de ação foram definidas para sua implementação: expansão do acesso equitativo aos serviços; fortalecimento da administração e governança; incremento do financiamento; e, por último, coordenação intersetorial para abordagem dos determinantes sociais da saúde (OPAS, 2014a). O ineditismo da decisão não se deveu propriamente ao reconhecimento do direito dos povos das Américas à saúde, mas à adesão explícita dos signatários à universalidade e à equidade enquanto norteadoras da organização dos respectivos sistemas nacionais de saúde.

Na Resolução CD53.R14, os Estados-membros reconhecem que, a despeito do desenvolvimento econômico e social e da consolidação democrática logrados nas últimas décadas, com

concomitante fortalecimento das políticas de saúde, a região continua a ser uma das mais injustas, excludentes e desiguais no acesso aos serviços. Um quadro que se torna ainda mais preocupante, segundo consta da Resolução, se considerada a complexidade dos desafios postos pelos novos padrões epidemiológicos e demográficos. Por outro lado, a Resolução reconheceu a considerável acumulação de conhecimentos, a partir de diferentes experiências nacionais, sobre a implementação de estratégias para garantia do acesso universal à saúde, assim como para superação de desigualdades e barreiras de acesso aos serviços. Por fim, ela reconheceu a pertinência de que cada Estado-membro defina seu próprio plano de ação, levando em conta os diferentes contextos sociais, econômicos e políticos (OPAS, 2014b).

Sobre este último ponto, é notável a diversidade entre arranjos políticos adotados nos 47 Estados-membros da OPAS, acarretando diferentes graus de restrição à implementação de estratégias universalistas ou equalizadoras, como as preconizadas pela Resolução. Tais restrições dependem de características dos arranjos institucionais estabelecidos em cada país, mas também das condições nas quais estes arranjos operam.

Pelo lado das instituições, sistemas políticos podem ser mais ou menos propensos a mudanças no *status quo*. Importa, por exemplo, se concentram poderes na representação das maiorias nacionais nos processos decisórios, como nas democracias majoritárias, ou se dispersam o poder a ponto de exigir acordos com minorias partidárias ou territoriais para promover mudanças, como nas democracias consensuais (LIJPHART, 2008). Sob outra abordagem, importa se estes sistemas ampliam ou restringem a constelação de atores que têm poder de veto sobre mudanças programáticas, como aquelas alterações legislativas necessárias à edificação de sistemas universais e igualitários de saúde. Tais atores – sejam eles institucionais coletivos ou individuais, ou mesmo atores partidários – são aqueles dos quais se deve obter

a concordância para que tais mudanças possam efetivamente ocorrer (TSEBELIS, 2009). Sob um ou outro ponto de vista, o fato é que determinados arranjos institucionais são mais suscetíveis a mudanças legislativas, ou mais amplamente nas decisões governamentais que norteiam as políticas públicas, que outros.

Já pelo lado das condições, desigualdades sociais e econômicas também introduzem obstáculos a políticas universalistas e igualitárias, uma vez estruturando assimetrias de poder entre beneficiários e desfavorecidos sob o *status quo*. Nas palavras de Przeworski (1998, p. 2, tradução minha), “talvez em uma sociedade altamente desigual, nenhuma instituição estatal possa impor direitos universalmente, independentemente de quão bem os mecanismos horizontais e verticais estejam concebidos”. Deste modo, o autor sugere não apenas que o aperfeiçoamento institucional das democracias não é condição suficiente para conduzir a políticas universalistas, mas realça que elevados níveis de desigualdade social e econômica, como aqueles encontrados na América Latina, podem subverter sua implementação mesmo onde as instituições são desenhadas virtuosamente.

A trajetória dos sistemas de proteção social na América Latina pós-redemocratização, com seus elevados níveis de estratificação e desigualdade no acesso aos benefícios (UBASART-GONZÁLEZ; MINTEGUIAGA, 2017; VIANA; FONSECA; SILVA, 2017), aponta nessa direção. Mesmo naqueles países em que as novas democracias combinaram virtuosamente mecanismos de *accountability* vertical e horizontal, foram institucionalizadas desigualdades e erigidas barreiras de acesso à proteção social para grupos que, embora grandes do ponto de vista numérico, concentravam poucos recursos de mobilização e pressão em vista do seu caráter difuso.

Mas essa constatação não significa que instituições não importem para a transformação dos sistemas nacionais de saúde. Enquanto produtos de processos decisórios e sustentadas por

relações de força (KNIGHT, 2001; SCHARPF, 1997), as regras que regem um sistema político também afetam a distribuição de recursos de poder entre agentes e grupos de interesses relevantes, podendo assim facilitar ou dificultar mudanças no *status quo*. Entre os componentes das instituições políticas, por exemplo, sistemas eleitorais podem potencializar ou limitar a representação de interesses particularistas – sejam vinculados a segmentos sociais ou a localidades – no processo decisório ou na atividade legislativa. Já os sistemas partidários, se mais centralizados ou descentralizados, podem oportunizar ou dificultar a construção e sustentação de políticas públicas que homogeneizem direitos no plano nacional. Em sentido amplo, a combinação entre componentes institucionais dos sistemas políticos pode favorecer ou dificultar a adoção de políticas universalistas ou igualitaristas, como aquelas preconizadas pela Resolução CD53.R14 da OPAS.

Entre estes componentes institucionais, a literatura política reserva lugar especial para o debate sobre os efeitos produzidos pela forma como se distribui verticalmente a autoridade política entre níveis de governo, inclusive sobre as políticas sociais, ou seja, se faz diferença ser uma federação ou um país unitário.¹

Para parte considerável da literatura, o federalismo tende a obstruir ou atrasar a adoção de regimes de *welfare state* (Estado de bem-estar) ou políticas igualitaristas, na medida em que assegura diversidade decisória e, portanto, prejudica o incremento uniforme de direitos sociais a todos os cidadãos (OBINGER; LEIBFRIED; CASTLES, 2005). Sob o federalismo, ao contrário dos Estados unitários, seria esperado que cidadãos vivendo nas

¹ Assumimos aqui o federalismo como forma de distribuição territorial do poder que se contrapõe ao Estado unitário por apresentar pelos menos dois níveis de governo atuando sobre o mesmo território e pessoas, sem uma relação hierárquica entre eles, o que supõe a manutenção de áreas de atuação próprias – seja funcionais ou jurisdicionais – para cada um destes níveis. No Estado unitário a autoridade política se concentra exclusivamente no governo central, o que assegura relações de hierarquização e subordinação das unidades subnacionais (SOARES; MACHADO, 2018).

diferentes unidades constituintes usufruíssem de distintas combinações entre encargos tributários e benefícios públicos. Por outro lado, quanto às regras do processo decisório, federações seriam mais propensas à estabilidade política ou manutenção do *status quo*: seja porque elas aumentam o número de atores que participam das decisões nacionais; seja porque dispersam ou fragmentam territorialmente o poder político; seja porque super-representam minorias territoriais e, assim, constroem políticas nacionais (*demos constraining*); seja, ainda, porque ampliam os pontos de veto sobre as mudanças programáticas (IMMERGUT, 1992; PIERSON, 1995; STEPAN, 1999; TSEBELIS, 2009). Já os países unitários não padeceriam deste tipo de obstáculo, oferecendo mais oportunidades para a estruturação de políticas sociais ou igualitaristas no plano nacional, ainda que a submissão hierárquica dos governos subnacionais ao nacional não seja condição suficiente para tanto.

Para outra parte da literatura, entretanto, a diversidade institucional das federações impõe também variações na produção de constrangimentos sobre a vontade das maiorias nacionais, o que leva os autores a ela filiados a recusar a incompatibilidade intrínseca entre federalismo e políticas sociais (OBINGER; LEIBFRIED; CASTLES, 2005; GREER, 2009; ARRETCHE, 2013). A depender das prerrogativas legislativas atribuídas aos governos centrais ou de outros aspectos institucionais, como o grau de autonomia fiscal concedido aos governos subnacionais, por exemplo, o federalismo pode desenvolver condições favoráveis à formulação e implementação de políticas sociais ou igualitaristas, reduzindo o peso de interesses locais nos processos decisórios nacionais ou restringindo a diversidade decisória de base territorial. Sob esta segunda abordagem, a dimensão federalismo/unitarismo não definiria a maior ou menor propensão à adoção de políticas universalistas ou igualitaristas, como aquela preconizada pela Resolução CD53.R14.

Na encruzilhada entre estas duas literaturas, atemo-nos neste trabalho à dimensão institucional dos países latino-americanos para discutir em que medida o caráter federativo ou unitário tem, até o momento, contribuído para diferenciar a incorporação de traços universalistas e igualitaristas em seus sistemas de saúde nacionais. A depender das respostas encontradas, seria possível prospectar em favor da ocorrência de maiores obstáculos e restrições à adoção de iniciativas como a Estratégia de Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde entre os países federativos, *vis-à-vis* os países unitários latino-americanos. Em outros termos, estaria a experiência latino-americana confirmando a ideia de que as federações são menos propensas a adotarem sistemas de saúde com tais características? Este trabalho teve por objetivo verificar, comparativamente, se nos países latino-americanos os sistemas nacionais de saúde de federações se distinguem desfavoravelmente dos Estados unitários quanto à adoção de atributos universalistas ou equitativos para oferta dos serviços, considerando o período de restauração democrática no continente a partir dos anos de 1980.

Foram selecionadas as três maiores federações – Argentina, Brasil e México – e os três maiores Estados unitários da América Latina – Chile, Colômbia e Peru –, a partir dos quais foi estabelecida a comparação com base em três eixos de análise:

1. Desenho do sistema de saúde sob os atributos de cobertura, acesso e segmentação;
2. Financiamento do sistema de saúde, considerando o grau de descentralização fiscal e alocação de despesas em saúde;
3. Resultados obtidos referentes à cobertura das ações de saúde, considerando indicadores para imunização, acompanhamentos pré-natal e acesso a serviços essenciais em saúde.

O tratamento dos eixos de análise foi realizado com base em informações mais recentes de bases de dados de organizações internacionais como o Banco Mundial, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), Organização Mundial de Saúde (OMS) e OPAS, bem como outras fontes de acesso aberto ofertadas por universidades ou colhidas em publicações recentes.

Este trabalho está organizado em mais quatro partes, além desta introdução e das considerações finais. Na próxima, apresentamos características econômicas, sociais e políticas dos países federativos e unitários selecionados. Na segunda parte, descrevemos os atributos dos sistemas de saúde conformados a partir da legislação de cada um dos países. Na terceira, tratamos do financiamento governamental em saúde, sob o pano de fundo da distribuição de receitas e despesas entre entes governamentais de diferentes níveis. Por fim, na quarta, comparamos os padrões de cobertura de ações de saúde entre federações e países unitários. Nas considerações finais retomamos nosso questionamento central para, com base nos resultados encontrados, delimitar nossas conclusões.

Economia, sociedade e política

Nesta primeira parte nós apresentamos aspectos econômicos e sociais gerais dos países selecionados para, em seguida, tratar dos aspectos propriamente políticos. Assim, tomamos inicialmente como elemento de comparação as respectivas populações, Produto Interno Bruto (PIB), PIB *per capita*, receita fiscal como proporção do PIB e desigualdade de renda, mensurada sob o Coeficiente de Gini (Tabela 1).

Tabela 1 - Economia e sociedade em federações e Estados unitários de países latino-americanos

Países	População 2018 em mil hab (1)	PIB 2018 em milhões de dólares (2)	PIB 2018 per capita (em dólares) (2)	Receita fiscal como % PIB 2017 (3)	Coefficiente de Gini 2018 (1)	
	Argentina	41,656.9	518,475.13	11,652.57	30.3	0.424
Federações	Brasil	210,868.0	1,868,626.09	8,920.76	32.3	0.513
	México	119,090.0	1,223,808.89	9,698.08	16.2	0.434
	Chile	17,153.4	298,231.14	15,037.35	20.2	0.477
Estados unitários	Colômbia	46,881.5	330,227.87	6,651.29	18.8	0.508
	Peru	29,760.0	222,237.57	6,227.59	15.3	0.438

Fonte: (1) OPAS, 2018; (2) WORLD BANK – DATA, 2015; (3) OCDE, 2017.

Inicialmente vale destacar que as três maiores federações latino-americanas apresentam porte populacional nitidamente superior ao dos três maiores países unitários. A população brasileira é quatro vezes e meia e a do México é duas vezes maior que a população da Colômbia, maior país unitário latino-americano e que supera apenas a população da Argentina. A economia das federações tem dimensão nitidamente superior à dos países unitários, com destaque para o Brasil e México, ambas com PIB acima de 1 trilhão de dólares em 2018, enquanto a da Argentina ultrapassou a da Colômbia (maior economia entre países unitários) em mais de 50%.

Porém, detendo-nos na distribuição da riqueza pela população, percebe-se que o destaque muda de lugar: o Chile apresenta um PIB *per capita* em patamar bem superior aos demais países,

ultrapassando as três federações. Brasil e Argentina apresentam as maiores cargas tributárias – acima de 30% do PIB – enquanto o México apresenta um perfil mais próximo dos países unitários, entre os quais esta proporção varia entre 15% e 20%. Por fim, note-se que o Brasil é o país socialmente mais desigual, seguido de perto pela Colômbia, enquanto os demais países federados e unitários apresentam níveis de desigualdade similares: variam entre 0.424 e 0.438, à exceção do Chile, com 0.477, que é o segundo mais desigual entre os Estados unitários.

Em síntese, as federações se distinguem por apresentarem maior porte populacional, maiores economias e, na média, maior carga tributária, mas não se distinguem pela riqueza *per capita* ou pelos níveis de desigualdade social.

Para caracterização dos aspectos políticos, reunimos informações sobre a longevidade das constituições vigentes, sistemas de governo, tipo de organização do poder legislativo, sistema eleitoral e número efetivo de partidos (Quadro 1). Em seguida destacamos aspectos relativos à distribuição territorial da autoridade política mediante informações sobre o número de níveis de governo e sobre o número de entes subnacionais e seu status institucional (Quadro 2).

Quadro 1 - Organização política em federações e Estados unitários latino-americanos

Países		Constituição (1)	Sistema de governo (1)	Legislativo (1)	Sistema eleitoral (2)	Nº efetivo de partidos (3)
Federações	Argentina	1994	Presidencialismo	Bicameral	RP lista fechada	7,097
	Brasil	1988	Presidencialismo	Bicameral	RP lista aberta	17,065
	México	1917	Presidencialismo	Bicameral	Distritos uninominais + RP lista fechada	4,695

(Continua)

(Continuação)

Países		Constituição (1)	Sistema de governo (1)	Legislativo (1)	Sistema eleitoral (2)	Nº efetivo de partidos (3)
Estados unitários	Chile	1980	Presidencialismo	Bicameral	RP lista aberta	7,813
	Colômbia	1991	Presidencialismo	Bicameral	RP lista aberta	6,545
	Peru	1993	Presidencialismo	Unicameral	RP lista aberta	4,753

Fonte: (1) PDBA, [2010?]; (2) MARENCO, 2012; (3) ÍNDICE..., 2014².

Com relação ao Quadro 1, à exceção do México, todas as constituições nacionais são oriundas do período que vai dos anos de 1980 até a primeira metade dos anos de 1990, coincidindo com a onda democratizante que chegou ao continente no período (HUNTINGTON, 1994).

Todos os países são presidencialistas e, com exceção do Peru, todos são bicamerais, embora a respeito deste ponto deva-se notar que o princípio de representação adotado para a câmara alta ou senado varie substancialmente. Nas federações as unidades federadas são as partes representadas: no Brasil e Argentina de forma pura, sob o voto majoritário nos estados ou províncias; no México adota-se um critério misto, com 28 senadores eleitos pelo voto majoritário por província e 32 eleitos pelo critério de proporcionalidade em dimensão nacional. Entre os países unitários bicamerais – Chile e Colômbia – os critérios são distintos. No Chile há uma composição mista de senadores eleitos para

² Os dados que constam nas referências finais (em ÍNDICE..., 2014) e que estão em forma de arquivo *template* foram extraídos das seguintes fontes: para Argentina em <https://www.hcdn.gob.ar/secparl/dclp/bloques/listadoInterbloques.jsp>; para o Brasil em <https://www.camara.leg.br/deputados/bancada-na-eleicao>; para o México em <https://computos2018.ine.mx/#/diputaciones/nacional/1/3/1/1/>; para o Chile em <https://www.camara.cl/camara/diputados.aspx#tab>; para a Colômbia em <http://www.camara.gov.co/>; e, finalmente, para o Peru em <http://www.congreso.gob.pe/pleno/congresistas/>.

circunscrições senatoriais e ex-ocupantes de posições institucionais específicas, como presidência da República, ministros da Corte Suprema, controladores gerais da República e militares. Na Colômbia os senadores são eleitos em circunscrições nacionais, inclusive havendo circunscrições especiais para comunidades indígenas.

Entre os sistemas eleitorais, o Brasil chama a atenção por se juntar aos sistemas de representação proporcional com lista aberta, adotado nos países unitários, enquanto as demais federações – Argentina e México – adotam a representação proporcional com lista fechada, sendo que no México este método é combinado com a eleição em distritos uninominais (voto distrital misto). Quando olhamos para o grau de fragmentação partidária, é perceptível que entre federações e países unitários há variações internas significativas; há também distinções entre as médias para cada grupo: entre as federações a média de partidos efetivos foi próxima a 9,5, enquanto entre os países unitários foi próxima a 6,3. Entretanto há que se notar que a média das federações é enviesada pelo caso brasileiro, dado que, excluindo este, a média cairia para próximo de 5,8, ou seja, próxima dos países unitários.

Assim, considerados estes dados, os aspectos mais distintivos se referem ao princípio de representação do senado – sendo que nas federações os distritos eleitorais correspondem às unidades constituintes – e à adoção da representação proporcional de lista aberta pelos países unitários – sendo este sistema típico de países com menor população, aos quais se junta o Brasil, única federação a adotá-lo e, exatamente, um caso atípico de extrema fragmentação partidária. Afora este caso, federações e países unitários não se distinguem propriamente quanto ao grau de fragmentação partidária.

Quadro 2 - Governos subnacionais em federações e países unitários latino-americanos

Países		Níveis de governo	Número e natureza da unidade subnacional de primeiro nível	Número e vinculação institucional dos governos locais
Federações	Argentina	3	23 entes federados mais Distrito de BA	2.218 governos locais regulados pelas constituições estaduais
	Brasil	3	26 entes federados mais Distrito Federal	5.570 entes federados regulados pela Constituição Federal
	México	3	31 entes federados mais Distrito Federal	2.457 governos locais regulados pelas constituições estaduais
Estados unitários	Chile	3	15 regiões administrativas	345 governos locais regulados nacionalmente
	Colômbia	3	32 departamentos mais Distrito de Bogotá	1.101 governos locais regulados nacionalmente
	Peru	4	24 regiões administrativas mais Província de Callao	195 municípios provinciais (mais abrangentes) e 1.671 distritos provinciais (contidos nos municípios provinciais) regulados nacionalmente

Fonte: OCDE, 2016.

Com relação ao Quadro 2, em todos os países estudados foram identificados três níveis de governo, à exceção do Peru, que apresenta quatro níveis. Porém a natureza das unidades subnacionais de primeiro nível é distinta: os estados ou províncias são unidades federadas na Argentina, Brasil e México, variando entre 24 e 32 unidades (incluindo os distritos federais); nos países unitários elas se constituem como regiões administrativas ou departamentos, variando entre 15 e 33 unidades. Com relação aos governos locais, há diferenças significativas entre as federações, que possuem de 2.218 a 5.570 municípios, apresentando número de entes

notadamente superior àquela encontrado nos países unitários, que têm entre 345 e 1.866 entes. Entre as federações, na Argentina e México os municípios são estabelecidos pelas constituições provinciais, que os definem sob os diversos aspectos, e se tornam mais expostos à influência dos governadores; no Brasil eles são definidos e regulados pela Constituição Federal. Nos países unitários os governos locais, assim como neste último caso, também são regulados pelas constituições e legislações nacionais, sendo curioso que no Peru eles podem assumir o status de municípios provinciais (mais abrangentes) ou distritos provinciais.

Considerados estes pontos, a principal distinção entre unidades subnacionais de primeiro nível se refere ao caráter relativamente autônomo dos estados ou províncias nas federações, enquanto nos países unitários estas unidades se constituem como entes administrativos hierarquicamente vinculados ao governo nacional. Quanto aos governos locais, além da maior fragmentação territorial das federações, chama a atenção o fato de que no Brasil, que detém de longe o maior número de entes, estes se colocam sob regulação da Constituição nacional, assim como nos países unitários.

Considerados os aspectos levantados nesta seção, a organização nacional de serviços de saúde nas federações lida com populações e economias consideravelmente maiores, o que implica desafios diferenciados quanto à realização da universalização e equalização do acesso. Ressalte-se que do ponto de vista das desigualdades sociais, não se percebeu diferença significativa entre os dois grupos de países. Por outro lado, à exceção do México, as demais federações apresentam carga tributária superior àquela apresentada pelos países unitários, o que em tese sugere maior disponibilidade de receitas para alocação no setor. A maior autonomia das unidades subnacionais de primeiro nível nas federações, assim como a presença de uma segunda câmara com representação sob o princípio territorial, poderia – ao menos

na visão da primeira abordagem sobre federalismo mencionada neste trabalho – constituir dificuldades para o desenvolvimento de políticas sociais com provisão universal e uniforme. Já tratando dessa questão, na próxima seção passamos à comparação dos desenhos dos sistemas nacionais de saúde das federações e países unitários.

Sistemas nacionais de saúde

A organização dos sistemas nacionais de saúde traduz os compromissos de Estado com a sociedade na provisão dos serviços, principalmente no que diz respeito à sua cobertura (universal ou focalizada em grupos específicos), ao caráter aberto ou seletivo do acesso e à integração entre distintos níveis de atenção à saúde. Estas características são sintetizadas no Quadro 3.

Quadro 3 - Organização dos serviços de saúde pública em federações e Estados unitários latino-americanos

Países		Direito assegurado pela Constituição (1)	Políticas e programas universalizantes (2)	Cobertura (3)	Acesso (3)	Segmentação (3)
Federações	Argentina	Não	Plano Nacer e Plano Somar	Mães e crianças não cobertas por seguro contributivo / mulheres <65, adolescentes e crianças	Lista positiva	Semi-integrado (*)
	Brasil	Sim (art. 6 e 196)	Sistema Único de Saúde (SUS) e Estratégia Saúde da Família (SF)	Toda a população	Aberto	Integrado
	México	Sim (art. 4)	Sistema Social de Proteção em Saúde (Seguro Popular)	Aqueles não cobertos pelo seguro contributivo	Lista positiva	Semi-integrado

(Continua)

(Continuação)

Países		Direito assegurado pela Constituição (1)	Políticas e programas universalizantes (2)	Cobertura (3)	Acesso (3)	Segmentação (3)
Estados unitários	Chile	Sim (art. 19)	FONASA e Acesso Universal com Garantia Explícita (AUGE)	Toda a população	Lista positiva	Semi-integrado avançado
	Colômbia	Sim (art. 49)	Sistema Nacional de Seguro Saúde	População inteira através do Regime Subsidiado e Regime Contribuidor gerenciado separadamente	Aberto com poucas exclusões	Semi-integrado avançado
	Peru	Sim (art. 7)	Seguro de Saúde Materno-Infantil, Seguro Integral de Saúde (SIS) e Seguro Universal de Saúde (AUS)	Aqueles não cobertos pelo seguro contributivo	Lista positiva	Semi-integrado

Fonte: (1) ARGENTINA, [201-]; BRASIL, [201-]; MÉXICO, [201-]; CHILE, [201-]; COLÔMBIA, [201-]; PERU, [201-]; (2) CAVANGERO *et al.*, 2015; (3) DMY-TRACZENKO *et al.*, 2015.

(*) São sistemas pluralistas no qual os esquemas contributivos coexistem com acordos paralelos de agrupamento que usam receitas fiscais gerais para subsidiar a inscrição dos pobres.

Um primeiro indicativo do compromisso de Estado com o direito à saúde seria a sua constitucionalização. Entretanto o fato de que a Argentina, uma federação, seja o único país que não assegura este direito constitucionalmente não permite afirmar que federações sejam distintas dos Estados unitários no que se refere a este aspecto. Brasil e México, também federações, asseguram este direito nas respectivas constituições.

Em todos os países analisados se verificam políticas e programas universalizantes, embora não com a mesma cobertura e tipo de provedor. Entre as federações, a Argentina tem programas

nacionais universais, porém focalizados no público materno-infantil, enquanto a política nacional de saúde brasileira cobre toda a população, sendo direta a provisão pelo Estado em ambos os casos; já no México, há um seguro contributivo e outro popular para o restante da população, com caráter universalizante. Entre os países unitários a provisão via seguro é verificada nos três casos analisados, porém sob desenhos distintos: na Colômbia ele tem caráter universal, embora os regimes contributivo e subsidiado sejam geridos separadamente; e no Chile e no Peru há uma fragmentação institucional (com públicos-alvo distintos) que aparta mecanismos de contribuição, cobertura e públicos-alvo, embora ambos os países tenham modalidades de seguro universais.

Quanto ao acesso, federações e Estados unitários também não se distinguem, mantendo a proporção de dois países com lista positiva (na qual os titulares do direito de acesso são especificados no âmbito da população em geral) para um com acesso aberto (Brasil e Colômbia).

Por fim, quanto à integração sistêmica dos serviços de saúde, apenas uma federação – o Brasil – apresenta um esquema integrado, ao passo que todos os demais países são classificados como semi-integrados, ainda que mais avançados no caso do Chile e Colômbia. Cabe esclarecer que no Brasil, embora não faça parte do esquema de provisão estatal, a medicina supletiva também atua abrigando algo próximo de 30% da população, conforme aferido para o ano de 2013 (MALTA *et al.*, 2017).

Portanto, a despeito das expectativas de parte da literatura que abrange as relações entre federalismo e políticas públicas, a análise do desenho institucional dos sistemas nacionais de saúde não permitiu identificar padrões típicos para federações e para os Estados unitários analisados na América Latina, sendo perceptível desenhos mais universalizantes em ambos os casos (Brasil e Colômbia), assim como desenhos mais segmentados nos

demais países, de parte a parte. Na próxima seção analisamos o grau de descentralização fiscal e o peso do financiamento do setor de saúde para os países analisados.

Distribuição vertical das receitas e despesas públicas e financiamento da saúde

A análise da distribuição vertical das receitas e das despesas públicas entre níveis de governo permite entender a dinâmica de envolvimento de cada um deles na execução das políticas públicas, como é o caso da saúde. Ela é expressa na Tabela 2, a seguir.

Tabela 2 - Participação dos níveis de governo nas receitas, para 2016, e despesas públicas em federações e países unitários latino-americanos, para 2013*

Países	União	Estados	Estados	Municípios	Municípios	
	Receitas	Receita	Despesas	Receita	Despesas em	
	em % (1)	Tributária	em % (2)	Tributária	% (2)	
		em % (1)		em % (1)		
	Argentina	78,4	21,6	41,4	0,0	8,5
Federações	Brasil	59,3	33,0	30,0	7,7	19,3
	México	93,7	4,6	25,0	1,8	5,7
	Chile	91,7	0,0	0,0	8,3	12,4
Estados unitários	Colômbia	80,9	5,6	8,8	13,5	18,2
	Peru	96,7	0,0	13,4	3,3	8,8

Fonte: (1) OCDE, 2017; (2) NICKSON, 2018.

* Excepcionalmente, para Argentina e México, Nickson (2018) opta por usar dados referentes, respectivamente, aos anos de 2005 e 2007.

Inicialmente, quanto à concentração da arrecadação pelo governo nacional, na média os países unitários apresentavam, em 2016, maior proporção de apropriação neste nível de governo – 89,8% contra 77,1% das federações –, sendo interessantes dois destaques: o México teve um grau de concentração da arrecadação mais próximo do padrão apresentado pelos países unitários, enquanto a Colômbia apresentou um padrão mais próximo das federações. No Brasil e Argentina, a elevada participação das províncias na arrecadação tributária – respectivamente de 33,0% e 21,6% – foi responsável pelo menor nível de concentração das receitas tributárias no governo nacional, enquanto a Colômbia foi o único país cujos municípios apresentaram uma participação relativa superior a 10% da arrecadação tributária, seguida pelo Chile, com 8,3%, e pelo Brasil, com 7,7%.

Quanto à participação relativa dos diferentes níveis de governo na despesa pública, entretanto, as discrepâncias entre países federativos e unitários são bastante relevantes. Se considerarmos a participação relativa dos governos subnacionais (nível regional e local), as três federações apresentam uma média de 43,3%, enquanto os países unitários, de 20,5%. Entre as federações, entretanto, o perfil da descentralização varia: enquanto na Argentina as províncias participam na execução de 41,4% das despesas públicas e os municípios com apenas 8,5% e no México estes percentuais são respectivamente de 25,0% e 5,7%, no Brasil os governos locais têm uma participação relativa bem mais expressiva, com 19,3% contra 30,0% executada pelos estados. Entre países unitários também há variações importantes, sendo destaque o perfil da descentralização na Colômbia e Chile: neles o município participa, respectivamente, com 18,2% e 12,4% da despesa, enquanto entidades regionais participam com 8,8% e, no último caso, com 0% (não executam despesas, que são centralizadas no governo nacional). Já no Peru a proporção se inverte, sendo respectivamente de 8,8% e 13,4%.

Diante do quadro de maior descentralização fiscal das federações, *vis-à-vis* os países unitários, poderiam ser esperados, sob a primeira abordagem sobre federalismo aqui apresentada, menores níveis de alocação de despesas em políticas de saúde (OBINGER; LEIBFRIED; CASTLES, 2005). Isto poderia ocorrer por distintas razões: seja pela melhor capacidade de adequar gastos às necessidades locais e, assim, gerar maiores ganhos de eficiência com a gestão descentralizada para os governos subnacionais (OATES, 1999); seja pelo estímulo à competição entre eles no intuito de atrair receitas e evitar despesas elevadas (TIEBOUT, 1956). Entretanto a comparação entre as federações e países unitários não leva ao cumprimento dessa expectativa.

De acordo com a Tabela 3, se tomarmos como critério de comparação a proporção do orçamento público investida em saúde, as federações teriam uma média de 11,3% contra 16,3% dos países unitários. Mas, se a comparação se der com base no valor *per capita*, em dólar, as médias se invertem, sendo respectivamente de U\$441,80 contra U\$373,00, para 2016, em favor das federações. E, se tomarmos a alocação governamental em saúde como proporção do PIB, há praticamente um empate, com 3,9% para as federações e 4,1% para os países unitários.

Tabela 3 - Despesa com saúde em federações e países unitários latino-americanos – 2016

Países	% despesa governo saúde sobre total	Despesa governo saúde como % PIB	Despesa governo per capita saúde (U\$)
Federações	Argentina	13,6	712,7
	Brasil	9,9	333,6
	México	10,4	279,0
Estados unitários	Chile	19,7	669,8
	Colômbia	13,4	249,9
	Peru	15,7	199,3

Fonte: WHO, 2016.

Além disso, há grandes variações internas às federações e países unitários aqui analisados. No primeiro caso, ressalte-se que o Brasil e o México alocam uma despesa governamental *per capita* que não chega à metade daquela alocada pela Argentina, que por sua vez bate os dois primeiros tanto sob o critério do percentual da despesa pública alocada em saúde quanto do percentual do PIB. No caso dos países unitários, embora sejam destinados mais de 15% do orçamento público para a saúde (proporção superior a de todas as federações), o Peru tem uma despesa *per capita* de apenas US\$199,30, inferior a de todos os países analisados neste trabalho.

Portanto, não se pode afirmar que federações e países unitários manifestam padrões claramente distintos em relação à alocação de receitas públicas em saúde. Na próxima parte deste trabalho analisamos o grau de cobertura de ações de saúde consideradas de grande importância para efeito comparativo.

Cobertura em saúde

Indicadores de cobertura populacional oferecem interessante oportunidade para comparação entre federações e países unitários no que se refere aos atributos dos respectivos sistemas nacionais de saúde. A padronização destes indicadores, para fins de monitoramento pela OPAS e pela OMS, agrega razoável grau de confiabilidade à mensuração. Para este trabalho selecionamos três indicadores utilizados pela OPAS e um pela OMS, cujos resultados são apresentados a seguir na Tabela 4. Antes, porém, cabe notar que a cobertura vacinal foi calculada a partir de dados da OPAS, sendo obtida a média de cinco vacinas aplicadas nos seis países aqui analisados, a saber: BCG, Pólio, DTP, PCV e SRP. Não foi considerada a vacina para o rotavírus em menores de um ano, da qual não havia dados disponíveis para o Chile.

Tabela 4 - Cobertura de serviços em federações e países unitários latino-americanos – 2016

Países		% cobertura vacinal média (1)	% pré-natal 4 ou + visitas (1)	% partos hospitalares (1)	% cobertura essencial (2)
	Argentina	87,6	99,6	99,6	76,0
Federações	Brasil	88,9	98,0	98,0	77,0
	México	86,8	89,5	92,5	76,0
	Chile	93,6	98,1	98,1	70,0
Estados Unitários	Colômbia	91,9	98,9	98,9	76,0
	Peru	82,6	93,0	93,0	69,0

Fonte: (1) OPAS, 2018; (2) WHO, 2015.

Começando pela cobertura vacinal média, os três países unitários apresentaram uma proporção levemente superior, com 89,4% contra 87,8% das três federações. Há que se notar que as federações, entretanto, apresentaram resultados mais uniformes neste quesito, variando entre 86,8% para o México e 88,9% para o Brasil, enquanto a variação foi maior entre os países unitários, entre 82,6% para o Peru e 93,6% para o Chile.

A proporção de crianças nascidas com mães que fizeram quatro ou mais consultas pré-natal é um importante indicador utilizado pela OPAS para aferir a cobertura da atenção primária, especialmente no que se refere à atenção materno-infantil. Neste caso a diferença das médias para federações e países unitários foi ainda menor que no caso anterior: 95,7% contra 96,7%, respectivamente. Note-se que duas federações – Brasil e Argentina – e dois países unitários – Chile e Colômbia – apresentaram valores muito elevados e próximos, variando entre 98,0% e 99,6%.

México, entre as federações, e Peru, entre os países unitários, apresentaram os menores percentuais.

Um último indicador utilizado pela OPAS diz respeito ao percentual de partos ocorridos em estabelecimentos hospitalares, permitindo mensurar o acesso das parturientes ao sistema de saúde dos países em comparação. Neste caso houve um empate nas médias apresentadas por federações e países unitários em 96,7%. As variações seguem o mesmo padrão do indicador anterior, com Argentina e Brasil, entre as federações, e Chile e Colômbia, entre os países unitários, com índices muito próximos e elevados, enquanto México e Peru se distanciam nos respectivos grupos.

Por fim, debruçamo-nos sobre o indicador de cobertura essencial, utilizado pela OMS, definido como a cobertura média de serviços essenciais que incluem atenção reprodutiva, materno-infantil, saúde neonatal e da criança, doenças infecciosas e outras, além do acesso geral e para populações mais desfavorecidas. Por ser um indicador sintético mais abrangente, destaca-se em relação aos demais utilizados neste trabalho, que focam um conjunto mais restrito de ações. O resultado, neste caso, é mais nítido, embora a diferença não seja tão grande em favor das federações, cuja média foi de 76,3% contra 71,7% dos países unitários. Além da média superior, as três federações apresentaram resultados mais convergentes entre si, variando entre 76,0% e 77,0%, enquanto as mensurações para países unitários foram mais divergentes, variando entre 69,0% e 76,0%.

Embora não conclusivo, o resultado deste último indicador, se não aponta para uma melhor performance das federações quanto à cobertura das ações de saúde na oferta da atenção primária, contrapõe-se à ideia de que seja esperado das federações um pior desempenho em políticas sociais como a saúde, em vista dos efeitos dos seus principais atributos institucionais – autonomia das unidades federadas, ou *selfrule* (autogoverno), e participação de

representações a partir destas no processo legislativo nacional, ou *shared rule* (governo compartilhado) (ELAZAR, 1987) – sobre os processos de formulação e implementação.

Considerações finais

A audaciosa estratégia aprovada pelos Estados-membros da OPAS para assegurar acesso universal e igualitário à saúde no continente, por meio da Resolução CD53.R14, encontrará barreiras de ordem diversa no âmbito dos 47 países membros, especialmente entre os países latino-americanos, onde as notáveis desigualdades econômicas e sociais conspiram em sentido oposto. Estas barreiras podem se referir às condições econômicas, sociais ou políticas que se combinam nos diferentes casos, mas também poderão se referir às instituições políticas. Neste trabalho, ainda que mobilizando condições econômicas, sociais e políticas enquanto elementos contextuais, nosso objetivo foi avaliar o peso de um aspecto específico da institucionalidade – a organização como federação ou Estado unitário – sobre as potencialidades para o desenvolvimento de políticas sociais ou igualitárias de caráter nacional.

Segundo parte da literatura especializada, o federalismo seria um obstáculo a tais políticas, seja pelo grau de autonomia conferido às unidades constituintes – do que decorreria diversidade decisória incompatível com a homogeneidade requerida por garantias sociais nacionais –, seja por favorecer o veto de interesses regionais ao caráter redistributivo inerente às políticas sociais nacionais. As expectativas quanto ao futuro da estratégia estabelecida pela OPAS seriam, neste sentido, temerárias para as federações, *vis-à-vis* os países unitários, o que poderia desde já ser detectado por meio da comparação entre sistemas nacionais de saúde de países agrupados sob uma ou outra forma de organização territorial do poder político. Para tanto, este estudo

comparado mobilizou as três maiores federações e três maiores países unitários da América Latina.

De início, feita a confrontação quanto aos elementos contextuais, foi percebido que as federações detêm populações e economias consideravelmente maiores, o que as coloca diante de desafios diferenciados quanto à realização da universalização e equalização do acesso aos serviços, embora não tenham sido percebidas diferenças significativas do ponto de vista das desigualdades sociais na comparação com países unitários. Por outro lado, do ponto de vista fiscal, à exceção do México, as demais federações apresentaram carga tributária superior à dos países unitários, o que em tese significaria maior disponibilidade de receitas para alocação no setor de saúde. Já do ponto de vista da organização política geral, as características relativas aos sistemas eleitorais, organização do poder legislativo e sistemas partidários não sugerem expectativas distintas para federações e países unitários, ao contrário do que ocorreria ao se tratar da distribuição territorial da autoridade política.

Considerando a maior autonomia das unidades subnacionais de primeiro nível nas federações, assim como a presença de uma segunda câmara com representação sob o princípio territorial e de uma maior fragmentação partidária, federações teriam, como perspectiva, maiores dificuldades para o desenvolvimento de políticas sociais com provisão universal e uniforme.

Entretanto, os resultados encontrados a partir da comparação – estruturada em torno dos eixos *desenho dos sistemas nacionais de saúde; financiamento do setor e acesso e cobertura de serviços* – não confirmaram a expectativa de que países unitários fossem mais propensos a incorporar a universalidade e uniformidade na provisão dos serviços de saúde.

A análise do desenho dos sistemas nacionais de saúde não permitiu identificar padrões próprios para federações e para Estados unitários, havendo experiências mais universalizantes em

ambos os casos – Brasil e Colômbia –, assim como desenhos mais segmentados de parte a parte. Quanto ao financiamento público do setor, ainda que federações sejam mais descentralizadas do ponto de vista fiscal – tanto do ponto de vista da concentração da arrecadação quanto da execução da despesa por governos subnacionais –, não foram percebidas características distintas quanto aos níveis de alocação de receitas públicas em saúde, havendo, de parte a parte, um equilíbrio entre os resultados médios obtidos na comparação da alocação de despesas em saúde para os dois grupos de países sob os diferentes critérios utilizados. Por fim, quanto ao acesso e cobertura dos serviços, os dados não apontaram para um desempenho inferior das federações em se tratando das ofertas na atenção primária e, aliás, quando mobilizado o indicador composto mais abrangente, utilizado pela OMS, chegaram a apresentar um resultado superior ao dos países unitários.

Os achados deste trabalho reforçam a ideia de que, mesmo nas federações, é possível que os governos nacionais construam mecanismos de coordenação eficazes – utilizando parte das receitas disponíveis, bem como sua autoridade legislativa e normativa – para induzir escolhas políticas das províncias ou municípios na direção de objetivos nacionais. Do mesmo modo, estudos legislativos têm demonstrado, em muitas federações – inclusive no caso brasileiro –, um comportamento parlamentar orientado para preferências partidárias, em detrimento das preferências regionais, do que decorre um efeito mitigador sobre o poder de veto das elites territoriais sobre políticas de caráter nacional.

Este trabalho, entretanto, não chega ao final sob uma expectativa necessariamente otimista quanto ao sucesso na implementação da agenda universalizante e equitativa assumida recentemente pela OPAS. Os obstáculos referentes às condições e, principalmente, aos interesses econômicos, sociais e políticos, assim como obstáculos institucionais estarão lá. Os resultados apenas nos apontam na direção de que a opção entre ser uma

federação ou um país unitário não contará decisivamente na materialização do caráter universal ou igualitário do direito à saúde entre os povos latino-americanos.

Referências

ARGENTINA. Ministerio de Salud. [201-]. Apresenta dados dos serviços de saúde pública do país. Disponível em: www.argentina.gob.ar/salud. Acesso em: fev. 2020.

ARRETCHE, M. Quando instituições federativas fortalecem o governo central? In: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. P. (org.). *Federalismo e políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 65-90.

BRASIL. Ministério da Saúde. [201-]. Apresenta dados dos serviços de saúde pública do país. Disponível em: <http://saude.gov.br/>. Acesso em: fev. 2020.

CAVANGERO, E. *et al.* Setting the Context for Universal Health Coverage Reforms in Latin America and the Caribbean. In: DMYTRACZENKO, T.; ALMEIDA, G. (ed.). *Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean*. Washington, D.C.: The World Bank, 2015.

CHILE. Ministerio de Salud. [201-]. Apresenta dados dos serviços de saúde pública do país. Disponível em: www.minsal.cl. Acesso em: fev. 2020.

COLÔMBIA. Ministerio de Salud. [201-]. Apresenta dados dos serviços de saúde pública do país. Disponível em: www.minsalud.gov.co. Acesso em: fev. 2020.

DMYTRACZENKO, T. *et al.* Universal Health Coverage Policies in Latin America and the Caribbean. In: DMYTRACZENKO, T.; ALMEIDA, G. (ed.). *Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean*. Washington, D.C.: The World Bank, 2015.

ELAZAR, D. J. *Exploring Federalism*. Tuscaloosa, EUA: University of Alabama Press, 1987.

GREER, S. L. How Does Decentralization Affect the Welfare State? *Journal of Social Policy*, v. 39, n. 2, p. 1-21, 2009

HUNTINGTON, S. *A terceira onda: a democratização no final do século XX*. São Paulo: Ática, 1994.

IMMERGUT, E. M. *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

ÍNDICE Laakso-Tagepera calculado para a composição partidária das câmaras baixas em 2019. [S. l.: s. n.], 2014. Disponível em: https://www.academia.edu/7485835/arquivo_excel_template_%C3%ADndice_de_fragmenta%C3%A7%C3%A3o_partid%C3%A1ria?auto=download. Acesso em: fev. 2020.

KNIGHT, J. *Institutions and Social Conflict*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001

LIJPHART, A. *Modelos de democracia*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

MALTA, D. C. *et al.* Cobertura de planos de saúde na população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 179-190, 2017.

MARENCO, A. Reformas eleitorais na América Latina: grandes expectativas, poucos casos, resultados perversos. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 14, n. 31, p. 238-268, set./dez. 2012.

MÉXICO. Ministerio de Salud. [201-]. Apresenta dados dos serviços de saúde pública do país. Disponível em: <https://www.gob.mx/>. Acesso em: fev. 2020.

NICKSON, A. Local Government in Latin America. In: KERLEY, R.; LIDDLE, J.; DUNNING, P. *The Routledge Handbook of Local Government*. New York: Routledge, 2018. p. 131-148.

OATES, W. E. An Essay on Fiscal Federalism. *Journal of Economic Literature*, Pittsburgh, v. 37, n. 3, p. 1120-1149, set. 1999.

OBINGER, H.; LEIBFRIED, S. E; CASTLES, F. G. (ed.). *Federalism and the Welfare State: New World and European Experiences*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. *Regional development*. [S. l.]: OCDE, 2016. Disponível em: <https://www.oecd.org/regional/regional-policy/>. Acesso em: fev. 2020.

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. *Revenue Statistics – Latin American Countries: Comparative Tables*. [S. l.]: OCDE, 2017. Disponível em: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RSLACT>. Acesso em: fev. 2020.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. *Resolution CD53.R14. Strategy for Universal Access to Health and Universal Health Coverage*. Washington, 2014a. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-R14-e.pdf>. Acesso em: fev. 2020.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. *Strategy for Universal Access to Health and Universal Health Coverage*. Washington, 2014b. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/UHC-Consultation-SCD53English.pdf>. Acesso em: fev. 2020.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. *Visualización de indicadores*. Washington, D.C.: OPAS, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/data/index.php/es/?option=com_content&view=article&id=515:indicadores-viz&Itemid=347. Acesso em: fev. 2020.

PDBA – Political Database of the Americas. *Constituições e análise comparativa das constituições*. [S. l.]: Georgetown University, [2010?]. Disponível em: <http://pdba.georgetown.edu/>. Acesso em: fev. 2020.

PERU. Ministerio de Salud. [201-]. Apresenta dados dos serviços de saúde pública do país. Disponível em: <https://www.gob.pe/minsa/>. Acesso em: fev. 2020.

PIERSON, P. Fragmented Welfare States: Federal Institutions and the Development of Social Policy. *Governance*, v. 8, n. 4, p. 449-478, 1995.

PRZEWORSKI, A. The State and the Citizen. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOCIEDADE E A REFORMA DO ESTADO, São Paulo. *Anais [...]*. Brasília: Mare, 1998.

SCHARPF, F. W. *Games Real Actors Play: Actor-Centered Institutionalism in Policy Research*. Boulder: Westview Press, 1997.

SOARES, M. M.; MACHADO, J. A. *Federalismo e políticas públicas*. Brasília: Enap, 2018.

STEPAN, A. Para uma análise comparativa do federalismo e da democracia: federações que ampliam ou restringem o poder do *demos*. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 197-251, 1999.

TIEBOUT, C. A. Pure Theory of Local Expenditures. *The Journal of Political Economy*, v. 64, n. 5, p. 416-424, 1956.

TSEBELIS, G. *Atores com poder de veto: como funcionam as instituições políticas*. Rio de Janeiro: FGV, 2009.

UBASART-GONZÁLEZ, G.; MINTEGUIAGA, A. Esping-Andersen en América Latina: el estudio de los regímenes de bienestar. *Política y Gobierno*, v. 24, n. 1, p. 213-236, 2017.

VIANA, A. L. D; FONSECA, A. M. M.; SILVA, H. P. Proteção social na América Latina e Caribe: mudanças, contradições e limites. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 2, p. 1-15, 2017.

WHO – World Health Organization. *Global Health Observatory Data Repository*. Index of Service Coverage: Data by Country. [S. l.: s. n.], 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.INDEXOFESSENTIALSERVICECOVERAGER?lang=en>. Acesso em: fev. 2020.

WHO – World Health Organization. *Global Health Observatory Data Repository*. Health financing. [S. l.: s. n.], 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.HEALTHFINANCING?lang=en>. Acesso em: fev. 2020.

WORLD BANK – DATA. *GDP per capita (Current US\$)*: Chile, Brazil, Argentina, Mexico, Colombia, Peru. [S. l.]: The World Bank, 2015. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=CL-BR-AR-MX-CO-PE>. Acesso em: fev. 2020.

(No levantamento de dados referentes aos sistemas de saúde dos países pesquisados, este trabalho contou com a participação de Arthur Augusto Lopes da Silva, à época graduando em Gestão Pública pela UFMG.)