



Capítulo 5

Sistemas de Saúde e Proteção Social na Saúde

INTRODUÇÃO

O presente capítulo descreve e analisa a situação e as tendências dos sistemas de saúde e de proteção social na Região das Américas entre os anos 2006 e 2010. Entre outros temas, examina a governança na saúde, as políticas públicas e os planos nacionais; o fortalecimento da capacidade setorial; e reformas dos sistemas de saúde com enfoque na atenção primária. Examina

também as recentes tendências na legislação direcionadas a garantir o direito à saúde e os marcos legais que respaldam a função da autoridade sanitária nacional, assim como os desafios e as conquistas alcançadas pelos países no campo da proteção social na saúde. Esse capítulo apresenta os dados sobre gastos com a saúde e o financiamento da saúde – incluídos os gastos diretos das famílias – e analisa o impacto das políticas econômicas e das crises financeiras nos sistemas

de saúde. Por fim, são abordados temas relacionados ao acesso e à qualidade dos serviços, às tecnologias e à situação e às tendências dos recursos humanos para a saúde na Região.

É provável que a heterogeneidade dos sistemas de saúde nas Américas seja um dos temas que mais se destaca nessa análise. Outra característica importante reside no fato de que, aos riscos habituais que ameaçam a saúde, somam-se outros que originam-se no impacto da globalização, da mudança climática e de novos padrões de produção e consumo. Nesse sentido, apesar do acúmulo de problemas sociais e capacidades desiguais de resposta, a saúde é tema central nas agendas políticas dos países da Região, os quais tendem cada vez mais a valorizar e adotar o enfoque de direitos humanos nas políticas de saúde. Hoje, a saúde é concebida não só como um direito humano, mas como também o sinônimo de desenvolvimento e uma força do mercado que impulsiona o investimento, o desempenho educacional e o crescimento econômico. Tem um papel importante na dinâmica distributiva, na segurança humana e na governança. Concomitantemente, surgiram novas instâncias e agendas no intuito de enfrentar o desafio de um mundo com sociedades mais permeáveis a influências e riscos externos, como são os desequilíbrios macroeconômicos, a falta segurança pública e as falhas da governança global.

A América Latina e o Caribe têm mostrado um crescimento econômico saudável com uma leve redução da pobreza e um leve aumento da pobreza extrema. O gasto público social como proporção do Produto Interno Bruto (PIB) e *per capita* aumentou e a concentração da riqueza e a disparidade distributiva diminuíram na maioria dos países (1). Todavia, perduram a iniquidade no acesso aos serviços, a distribuição insuficiente e inadequada do gasto público com saúde (com alto gasto direto das famílias) e os atrasos acumulados mascarados pelas médias nacionais. Nesse sentido, embora a média do gasto nacional com saúde como proporção do PIB (7,3%) na América Latina e no Caribe seja o mais alto entre as regiões em desenvolvimento, ela está bem distante da média global de 8,5%. Além disso, essa média oculta a alta concentração de gasto com saúde nas nações mais industrializadas e de maiores receitas e resulta na consequente alta iniquidade no acesso aos serviços de saúde (2).

A relação entre o gasto – como proporção do PIB – e os indicadores de saúde é frequentemente usada como indicador da eficiência na utilização dos recursos. No caso dos países da Região, essa medida sugere que existe ampla margem para sua melhoria. As experiências nacionais indicam que a cobertura universal e o agrupamento de fundos constituem a melhor opção de proteção financeira diante de uma doença com proporções catastróficas. Isso é particularmente verdadeiro para famílias de baixa renda, onde essa possibilidade vinculada ao acesso a medicamentos essenciais e à atenção primária de qualidade, e não apenas ao encarecimento de tratamentos médicos e de produtos e tecnologias de ponta ou à falta de garantia de pacotes de serviços adequados às suas necessidades.

Nos últimos anos, muitos países reformularam seus marcos jurídicos e abraçaram políticas de reestruturação dos sistemas e serviços baseadas no exercício do direito à saúde – políticas que ressaltam a inclusão e integralidade dos serviços, o cuidado humanizado, a participação cidadã ativa na saúde, o reconhecimento da administração da autoridade sanitária nacional, a consolidação da atenção primária em saúde como princípio norteador, e a ampliação da proteção social em saúde. Inclusive, alguns países promulgaram novas constituições proclamando a relação entre a saúde e o desenvolvimento integral, reconhecendo a interculturalidade e assegurando o acesso gratuito da população aos serviços de saúde em todos os níveis da atenção. Assim, vários países seguiram rumo à cobertura universal, com profundas reformas sistêmicas ou com diversos planos de seguro para atender as necessidades de grupos específicos. Espera-se que a implementação desses planos produza uma redução da segmentação e fragmentação dos sistemas de saúde, melhorando a proteção social. No entanto, na maioria dos países persistem o desafio da proteção social na saúde e a urgência em solucionar os problemas do financiamento inadequado e da baixa cobertura efetiva, que resultam na iniquidade no acesso e a baixa eficiência da atenção à saúde e da gestão dos serviços. Também ficam pendentes novos desafios da agenda global, incluídos o enfoque de direitos humanos como marco integrador das normas e dos princípios e a busca de indicadores de qualidade de vida mais representativos para alcançar sua universalização na Região.

GOVERNANÇA DOS SISTEMAS DE SAÚDE

TENDÊNCIAS NAS POLÍTICAS SOCIAIS E DE SAÚDE

Em toda a América Latina e o Caribe, o estado tendeu a ampliar suas funções reguladoras e de coordenação, mas o sucesso variou de país para país. A busca de objetivos mais amplos de uma política social na Região também se traduziu numa maior descentralização; numa delegação gradativa e mais integral de autoridade a atores não estatais; numa maior participação da sociedade civil em assuntos de saúde; e em melhores sistemas jurídicos e reguladores para produtos farmacêuticos, vacinas e tecnologia médica. As políticas de segurança social tenderam a se manter num patamar mínimo de benefícios e ampliar a assistência social ou os benefícios contributivos alvo de acordo com o nível de renda do beneficiário. O efeito distributivo de algumas políticas sociais, inclusive das políticas de saúde, vê-se afetado pelos padrões de atribuição de recursos e também influenciado pela distribuição dos direitos dos beneficiários e sua capacidade diferenciada de aproveitá-los. Alguns estudos indicam a existência de uma tendência dual de assistência social: por um lado, a manutenção ou redução dos benefícios mínimos da seguridade social para o setor formal; pelo outro, a vinculação dos benefícios para os pobres às rendas. Além disso, alguns países implantaram programas progressistas, como o “Bolsa Família” no Brasil, “Chile Solidário” no Chile, “Famílias em Ação” na Colômbia e “Oportunidades” no México. Esses programas podem efetivamente melhorar a equidade, mas talvez não possam eliminar a pobreza estrutural (3).

A maioria dos países da Região tem experimentado diversas reformas do setor público nos últimos trinta anos, mas somente alguns fortaleceram com sucesso a institucionalidade de suas políticas sociais. Ainda que alguns países tenham conseguido coordenar eficazmente políticas sociais, aplicar enfoques de direitos humanos e consolidar equipes técnica e profissionalmente robustas (4), a qualidade, estabilidade, adaptabilidade e a eficácia das políticas resultantes variaram muito. Essa incongruência decorre de diversos fatores, a saber: a qualidade da democracia, as instituições políticas e as regras do jogo de um determinado

país, assim como o contexto em que se processam as políticas (5).

Em geral, a capacidade de formular, executar e avaliar políticas varia de país para país, o que, por sua vez, afeta a eficácia das políticas de saúde em questão (6). Dito isso, a qualidade também depende de fatores externos ao setor da saúde, como a sensatez do processo político geral de um país, uma capacidade legislativa para formular políticas em prol do bem comum, a existência de um poder judiciário independente, burocracias tecnicamente idôneas, partidos políticos institucionalizados e mecanismos eficazes de participação social (5). Em consequência, devem-se reunir ou otimizar certas condições para melhorar a qualidade das políticas de saúde e, portanto, sua eficácia.

A maioria dos países das Américas formulou planos, políticas ou estratégias nacionais de saúde de qualidade variável. Um exame dos planos, políticas e estratégias nacionais vigentes mostra que, em geral, os objetivos nacionais de desenvolvimento nem sempre se refletem efetivamente nas prioridades do setor da saúde e que, muitas vezes, as prioridades não conseguem ecoar os objetivos institucionais e as metas operacionais. Por outro lado, uma vez que a maioria dos planos e políticas não inclui um marco prático de acompanhamento e avaliação, a construção e o uso dos indicadores de desempenho são fracos.

A subordinação das políticas de saúde a outras esferas decisórias, em particular, o orçamento e o financiamento, é generalizada na Região, o que afeta o desenvolvimento de políticas e planos. Além disso, há uma integração insuficiente de níveis decisórios no planejamento e estabelecimento de prioridades nacionais nas arenas setoriais, regionais e provinciais, e essa característica interfere na elaboração e execução bem-sucedida de planos, políticas e estratégias de saúde. Persistem muitos desafios pela frente, a saber: melhorar a qualidade das políticas, fazer da saúde um critério decisório em todos os setores, alcançar uma melhor articulação das políticas sociais e fortalecer a capacidade de os países realizarem análises oportunas e apropriadas e otimizar a eficiência na oferta de bens e serviços. A inclusão da saúde em todas as políticas e a busca de uma abordagem de participação integral do governo na saúde permitirá alcançar o progresso desejado (7).

DESENVOLVIMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE NA REGIÃO

Elaboraram-se vários estudos para descrever, explicar e analisar como funciona um sistema de saúde e como melhorá-lo (8-13). Independentemente de sua estrutura, um sistema de saúde deve cumprir algumas funções básicas para alcançar suas metas. Essas funções incluem prestar serviços, desenvolver a força de trabalho e outros recursos de saúde pertinentes, mobilizar e atribuir fundos e garantir uma liderança e uma governança adequadas. O conceito de governança é polissêmico; na maior parte das vezes refere-se à direção e coordenação de atores interdependentes a partir de regras institucionais e políticas estabelecidas. A governança eficaz proporciona uma visão e direção ao sistema de saúde, coleta e usa informações e exerce influência mediante regulamentação. Os fracassos da governança parecem explicar, em parte, o sucesso limitado de algumas políticas e programas públicos, onde os mais necessitados não conseguem, muitas vezes, receber os benefícios supostamente garantidos por algumas políticas sociais e de saúde.

Uma vez que os sistemas de saúde se estendem além da atenção em saúde e são próprios de cada país, sua organização, estrutura legal, seus elementos constitutivos e de integração, suas prioridades políticas e recursos disponíveis mostram graus variados de desenvolvimento de país para país. Não obstante, enquanto os sistemas de saúde diferem, as combinações de políticas de financiamento, organização e gestão parecem convergir em alguns países, independentemente do contexto ideológico (14-16). A Tabela 5.1 apresenta informações atualizadas sobre os sistemas de saúde nas Américas e a cobertura da população de acordo com o setor que realiza os serviços.

Muitos sistemas de saúde experimentaram mudanças radicais. Alguns separaram suas funções normativas e de oferta de serviços (República Dominicana, Honduras e Uruguai); alguns procuraram uma maior descentralização (Brasil e Peru); outros presenciaram o crescimento do setor privado (Colômbia), se associaram a atores não pertencentes ao setor da saúde ou não estatais para alcançar metas de saúde ou elaboraram novos arranjos de financiamento da saúde. Além disso, em muitos países, o estabelecimento de ministérios de desenvolvimento social e comissões intersetoriais indicam que o trabalho participativo e

coesivo está aumentando e que se busca consenso e diálogo sobre políticas entre diversos setores – e tudo isso beneficia o sistema de saúde. Exceto o Ministério do Desenvolvimento do Equador, criado em 1980, e o Ministério do Desenvolvimento Social do México, criado em 1992, instituições similares vem se estabelecendo mais recentemente na América Latina: em Peru (2002), Argentina (2003), Brasil (2004), Uruguai e Panamá (2005) e Chile (2011). Alguns países fizeram outros ajustes institucionais para a gestão das políticas sociais, a partir de previsões dentro do Ministério da Saúde (El Salvador, Paraguai e Venezuela), do Ministério do Planejamento (Chile e Costa Rica), do Gabinete da Presidência (Honduras e República Dominicana), do Ministério de Desenvolvimento e Moradia Urbana (Guatemala), do Ministério de Desenvolvimento Econômico (Bolívia), do Ministério de Proteção Social (Colômbia) e do Ministério da Família (Nicarágua) (17).

Aplicação do enfoque da atenção primária em saúde nos sistemas de saúde da Região

A partir de 2006, os países das Américas renovaram seu compromisso de transformar seus sistemas de saúde baseados na estratégia de atenção primária em saúde (APS). Tal enfoque considera a, muitas vezes, inadequada infraestrutura da saúde para abordar os riscos emergentes para a saúde e as desigualdades entre países e dentro deles (18). O *Relatório sobre a saúde no mundo de 2008* assinala que o enfoque de atenção primária em saúde aborda as principais deficiências dos sistemas de atenção à saúde convencionais, os quais não podem satisfazer as necessidades de um grande número de pessoas (19). À medida que a população da América Latina e do Caribe totalizar mais de 596 milhões, os sistemas de saúde serão cada vez mais postos à prova para prestar uma atenção à saúde eficaz e de qualidade. Além disso, uma vez que a população de 60 anos de idade ou mais da América Latina e do Caribe totaliza 61,5 milhões e a proporção da população economicamente ativa está em declínio, é razoável esperar que haja uma maior demanda de serviços de saúde e potencialmente menos recursos para financiar a atenção à saúde (20).

Em geral, as mudanças na prestação de serviços de saúde continuam a se focar na busca de um melhor

Tabela 5. I Cobertura da saúde, por setor, países das Américas, anos selecionados			
País	Fonte e ano	Setor de oferta	Cobertura
Anguila	Perfil do sistema de saúde de Anguila, 3ª edição, Ministério da Saúde, 2007	Público Previdência Social Privado	44,1% Rede do previdência social 19,1% Coletivo 7,2% Individual (vida) 5,5% Médico 38,5% Não declarado
Antígua e Barbuda	Plano Nacional de Negócios para a Saúde. Ministério da Saúde de Antígua e Barbuda, 2008-2010	Público Previdência social Privado	100% Ministério da Saúde Dados não disponíveis Dados não disponíveis
Antilhas Holandesas	PPK – (“pro-paupere kaart”)- Seguro totalmente financiado pelo governo	Público	100% Através do PPK
Argentina	Relatório do país: Saúde nas Américas 2006-2010, OPAS, 2012	Público Previdência Social Privado	100% 60,8% 9%
Aruba	www.gobierno.aw	Público Privado	100% Seguro geral de saúde. Dados não disponíveis
Bahamas	www.bahamas.gov.bs 2011	Público Privado	100% Seguro Nacional de Saúde Dados não disponíveis
Barbados	Perfil do Sistema de Saúde de Barbados, Ministério da Saúde, 2008	Público Privado	100% 25% Seguro privado
Belize	Relatório do país : Saúde nas Américas 2006-2010, OPAS, 2012	Público Privado	65% Sistema Nacional de Saúde 35% População com capacidade de pagamento, compra de serviços de saúde do setor público
Bermuda	Perfil do Sistema de saúde de Bermuda, Ministério da Saúde, 2010.	Público Privado	Dados não disponíveis 90% Seguro de saúde, proporcionado pelo empregador
Bolívia	Revista saúde pública do México, vol. 53, suplemento 02, janeiro de 2011	Público Previdência Social Privado	14-15% Rede do Ministério da Saúde 28,4% 12%
Brasil	Revista saúde pública do México, vol. 53, suplemento 02, janeiro de 2011	Público Privado	100% Sistema Único de Saúde (SUS) 25% cobertura Privada com Acesso ao SUS
Canadá	Ministério da Saúde do Canadá, 2009 http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/index-eng.php	Público Privado	100% Medicare 65% da população conta com seguros privados de saúde para serviços não cobertos por Medicare (odontologia e medicamentos).
Chile	Relatório do país: Saúde nas Américas 2006, 2010, 2012	Público Privado	73,5% Fundo Nacional da Saúde 16,3% Instituições de saúde previdenciária (ISAPRE) 10,2% Outras
Colômbia	Revista saúde pública do México, vol. 53, suplemento 02, janeiro de 2011	Público	Sistema Geral de Previdência Social na Saúde, por regime de cobertura: 39,4% Contribuição 51,4% Subsidiado 4,9% Especiais (militares, polícia nacional, Empresa Colombiana de Petróleos, docentes e universidades públicas) 4,3% Sem cobertura
Costa Rica	Revista saúde pública do México, vol. 53, suplemento 02, janeiro de 2011	Público Previdência Social	87,6% Previdência Social Médica Universal 12,4% Caixa Costarriquense de Previdência Social
Cuba	Projeções da saúde pública em Cuba para 2015, Ministério da Saúde, 2006	Público	100% Cobertura do Sistema Nacional de Saúde

Tabela 5. I Cobertura da saúde, por setor, países das Américas, anos selecionados (continuação)			
País	Fonte e ano	Setor de oferta	Cobertura
Dominica	Dados não disponíveis		
Equador	Revista saúde pública do México, vol. 53, suplemento 02, janeiro de 2011	Público Previdência Social Medicamentos pré-pagos	51% Serviços de saúde na rede pública 20% 3%
El Salvador	Pesquisa de Lares de Múltiplos Escopos 2009 – El Salvador:	Público Previdência Social Privado	78,4% Ministério da Saúde Pública e Assistência Social 20% Instituto Salvadorenho do Previdência Social 2%
Estados Unidos da América	US Census Bureau. Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2010, September 2011. http://www.census.gov/prod/2011pubs/p60-239.pdf	Público Previdência Social Privado Sem cobertura	15,9% Medicaidb 14,5% Medicarec 55,3% Seguro de saúde baseado no emprego 64% Seguro de saúde baseado no emprego 16,3%
Guiana	Perfil do Sistema de saúde da Guiana, 2009; Plano Nacional de Saúde 2007 2012, Ministério da Saúde	Público	100% Plano de seguro universal
Guatemala	Perfil do Sistema de saúde da Guatemala. Ministério da Saúde, 2007; Marco de Assistência das Nações Unidas para o Desenvolvimento. UNDAF 2010 2014.	Público Previdência Social Privado Sem cobertura	70% Ministério da Saúde 17,5% Instituto Guatemalteco de Previdência Social 12% (organizações da sociedade civil e religiosas) 8% (seguros privados) 20,5%
Granada	Perfil do Sistema de Saúde de Granada, 2008; Política Nacional de Saúde, 2007 2011; Ministério da Saúde	Público	100%
Haiti	Relatório CCA-UNDAF Haiti 2009 2011	Público Privado	70% 30%
Honduras	Perfil do sistema de saúde de Honduras, 2009, Ministério da Saúde	Público Previdência Social Privado	60% Secretarias de saúde . 18% Instituto Hondurenho de Previdência Social 2,9% Seguros privados
Ilhas Virgens Britânicas	Perfil do Sistema de Saúde de Ilhas Virgens Britânicas, Ministério da Saúde, 2008	Público Privado	100% Seguro Nacional de Saúde Dados não disponíveis
Jamaica	Política Nacional de Saúde da Jamaica 2006 2015, Ministério da Saúde	Público Privado	95% 13,5%
México	Perfil do Sistema de Saúde do México, Secretaria de Saúde, 2009	Público Previdência Social Privado Sem cobertura	25,5% Seguro Popular de Saúde 45,3% Instituto Mexicano de Previdência Social; Instituto de Previdência e Serviços Sociais dos Trabalhadores do Estado, Petróleos Mexicanos, Secretaria da Defesa, Secretaria da Marinha 3% Seguro privado 29,2%
Montserrat	Perfil do Sistema de Saúde de Montserrat, Ministério da Saúde, 2008	Público	100% Serviços de saúde de primeiro e segundo nível
Nicarágua	Revista de saúde pública do México, vol. 53, suplemento 02, janeiro de 2011	Público Previdência Social Privado Outros	61,2% Rede do Ministério da Saúde 16,5% 11% 6% Agências do Governo e Exército
Panamá	Perfil dos sistemas de saúde do Panamá, 3ª edição, Ministério da Saúde, 2007	Público Previdência Social	14,4% Rede do Ministério da Saúde 75,6% Rede da Previdência Social

Tabela 5. I Cobertura da saúde, por setor, países das Américas, anos selecionados (continuação)			
País	Fonte e ano	Setor de oferta	Cobertura
Paraguai	Perfil do sistema de saúde do Paraguai, 3a edição, Ministério da Saúde, 2008	Público Previdência Social Privado Sem cobertura	12,5% 17% Instituto de Previdência Social e seguro para trabalhadores, individual, policial, militar, outros 1% Seguros privados 78,3% Sem Previdência Social ou cobertura privada
Peru	Revista de saúde pública do México, vol. 53, suplemento 02, janeiro de 2011	Público Previdência Social Outros	58% Ministério da Saúde 20% EsSALUD 18% Seguro integral de saúde 4%
Porto Rico	Perfil do Sistema de saúde de Porto Rico, Ministério da Saúde, 2007	Público Privado Sem cobertura	40% ELA plan (Medicaid) 14% Medicare 37% Privado 12% Empregador público 4% Seguro para veteranos. 8%
República Dominicana	Perfil do sistema de saúde da República Dominicana, 3a edição, Ministério da Saúde, 2007 Revista saúde pública do México, vol. 53, suplemento 02, janeiro de 2011	Público Previdência Social Privado	75% SESPAS 34% Previdência social Dados não disponíveis
Saint Kitts e Nevis	Perfil do Sistemas e Serviços de Saúde de SKN, Ministério da Saúde, 2008	Público	100% Ministério da Saúde Pública
Santa Lúcia	Perfil do sistema de saúde de Santa Lúcia, Ministério da Saúde, 2008	Público Privado	100% Plano Nacional de Seguro Dados não disponíveis
São Vicente e as Granadinas	Perfil dos Sistemas e Serviços de Saúde, SVG, 2008 Plano Estratégico de Saúde 2007-2012, Ministério da Saúde e do Meio Ambiente	Público Previdência Social	100% Ministério da Saúde Dados não disponíveis
Suriname	Plano do Setor Social de Suriname, Ministério de Assuntos Sociais, 2008	Público Privado	30% Serviços Nacionais de Saúde 13% Seguros privados
Trinidad e Tobago	Perfil de Sistemas de Saúde, TT, Ministério da Saúde, 2008	Público	O Ministério da Saúde atualmente, encontra-se em processo de desenvolvimento de uma entidade que garantirá um pacote de serviços de saúde para toda a população nacional
Uruguai	Perfil de Sistemas de Saúde, Ministério da Saúde, 2009	Público Privado	25,4% Ministério da Saúde. 74,6%
Venezuela	Revista de saúde pública do México, vol. 53, suplemento 02, janeiro de 2011.	Público Previdência Social Privado	68% 17,5% Instituto Venezuelano de Previdência Social 11,7% Seguros privados

[a] No Canadá, Medicare é o sistema de cobertura universal; cobre todos os residentes em situação legal no país.

[b] Programa Nacional de Saúde para pessoas de baixa renda e deficientes.

[c] Medicare é um programa nacional de seguro de saúde.

[d] Programa Nacional de Saúde para pessoas com 65 anos ou mais e deficientes.

ajuste entre as necessidades da população e a demanda de atenção à saúde. Embora não exista um modelo predominante de oferta de serviços de saúde na Região, é possível observar tendências comuns enquanto os países buscam melhorar a equidade de acesso, proporcionar cobertura universal e implantar modelos

de atenção mais centrados nas pessoas. As iniciativas têm se centralizado no fortalecimento da liderança e da promoção da saúde.

Apesar de os países da Região terem aumentado seu compromisso e promovido avanços concretos na implementação da abordagem de atenção

primária em saúde (Tabela 5.2) (21-23) no período 2006-2010, o alcance da meta “Saúde Para Todos” não será fácil, muito menos próximo. A realidade é que uma proporção significativa da população da Região continua sem acesso a serviços básicos de saúde e deve depender de sistemas de saúde fragmentados e segmentados. Esses sistemas terão que se reorganizar para melhorar sua qualidade, eficiência e equidade. Muitos países também carecem de planos de saúde que proporcionem uma ampla proteção social, e os que a fornecem procuram encontrar o equilíbrio adequado entre ampliá-los para melhorar a equidade ou alcançar a sustentabilidade financeira.

Alguns países devem também recuperar o terreno perdido. Entre os países que haviam obtido avanços reais na atenção primária em saúde entre os anos setenta e noventa, alguns descuidaram dos sistemas de encaminhamento e das necessidades de apoio aos serviços de primeiro nível de tal forma que os pacientes agora enfrentam longas listas de espera de meses e até anos antes de receberem certos tipos de atendimento. Outros países caíram numa medicalização excessiva, uma fragmentação da atenção e uma subvalorização da função dos profissionais da saúde essenciais (enfermeiras, técnicos médicos, agentes de saúde comunitários, nutricionistas, parteiras e assistentes sociais), de indivíduos, famílias e comunidades na promoção e proteção da saúde. Também há países que comprometeram a sustentabilidade financeira, abusando de equipamentos e novas tecnologias muito caros, quando opções menos onerosas talvez tivessem sido igualmente boas ou melhores, e incorrendo em gastos excessivos com serviços curativos e hospitalares não articulados com ou à custa da atenção primária em saúde.

Não há indícios de que os recursos adicionais gastos na medicalização excessiva e a atenção especializada estejam produzindo melhores resultados de saúde na população. Contudo, há indícios de que a prevenção eficaz de doenças, a promoção da saúde e as terapias e os tratamentos baseados em evidências e custo-efetivos ajudam de fato a melhorar os resultados da saúde (24, 25). Para avançar nessa questão, os países da Região devem abandonar o modelo curativo atual da atenção à saúde e abraçar o modelo preventivo, elaborando e executando políticas de saúde que possam configurar e manter sistemas e serviços de saúde eficazes.

LEGISLAÇÃO EM SAÚDE

(Os *websites* mencionados nesse capítulo são públicos e gratuitos e são disponibilizados somente para fins de referência. Adverte-se ao leitor que o único texto autorizado das normas jurídicas é o publicado pelo órgão oficial de difusão reconhecido como tal por cada legislação nacional (boletins, diários ou revistas oficiais).

Os países das Américas avançaram na estruturação de marcos jurídicos para o exercício do direito à saúde, com ênfase na construção de sistemas de saúde voltados à inclusão, integralidade dos serviços, atenção humanizada e ao empoderamento dos indivíduos diante do sistema. A autoridade sanitária nacional é reconhecida como entidade responsável pela administração, e os princípios de atenção primária em saúde são consolidados no sistema de regulamentação.

Entre 2008 e 2010, a Bolívia, o Equador e a República Dominicana promulgaram novas constituições. A Constituição do Equador (2008) ordena a criação de sistemas de inclusão e equidade social que garantam, por meio do regime do bem viver, o exercício dos direitos e o cumprimento dos objetivos de desenvolvimento do país. Também estabelece a gratuidade e universalidade dos serviços estatais de saúde em todos os níveis da atenção, ressaltando sua gratuidade nos serviços de saúde materna e para pessoas idosas, deficientes, crianças e adolescentes e pessoas com doenças catastróficas e de alta complexidade. A Constituição da Bolívia (2009), por sua parte, proclama a relação entre saúde e desenvolvimento integral, reconhece a interculturalidade, a descentralização e a autonomia em diversos âmbitos – incluindo o de saúde. Ordena a criação de um sistema único de saúde, que incorpore a medicina tradicional das nações e os povos indígenas nativos e camponeses, a garantia do acesso gratuito da população aos serviços de saúde e a criação de um regime de previdência social. No caso da República Dominicana, sua Constituição (2010) estabelece que o Estado deve zelar pela proteção da saúde de todas as pessoas, vinculando esse direito a outros, como o acesso a água limpa, melhor alimentação, medicamentos de qualidade e a assistência médica e hospitalar gratuita para os necessitados.

Em cumprimento do mandato constitucional, a Bolívia promulgou a Lei Marco de Autonomia

Tabela 5.2. Metas, enfoques e exemplos de reformas do sistema de saúde baseadas na atenção primária em saúde, Região das Américas, 2006-2011

Meta	Enfoque	Exemplo
Busca da cobertura universal e da equidade no acesso	Promulgação de novas leis e estabelecimento de políticas públicas e programas especiais voltados aos grupos vulneráveis.	<ul style="list-style-type: none"> Disposições das novas constituições de Bolívia (2009), Venezuela (2006) e Equador (2008) especificam que a saúde é um direito básico de todos os cidadãos e estabelecem a responsabilidade do Estado na garantia do acesso à assistência. A Lei sobre Seguro Universal do Peru estabelece o seguro público de saúde financiado com recursos públicos, para proporcionar cobertura às pessoas de baixa renda. O Sistema Nacional Integrado de Saúde do Uruguai reúne os subsistemas privado sem fins lucrativos e público numa única estrutura, eliminando a fragmentação e reduzindo as desigualdades de acesso à assistência; o Fundo Nacional de Saúde (FONASA) incorpora em um único plano nacional de seguro de saúde vários planos de seguro pré-existentes, ampliando a cobertura para a população.
Busca de políticas intersetoriais de saúde pública	Busca de políticas transversais que incluam setores externos à saúde para prevenção de doenças, promoção da saúde e enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, garantindo assim maiores ganhos de saúde para todos.	<ul style="list-style-type: none"> Na Declaração de Porto Espanha: "Unidos para Deter a Epidemia de Doenças Crônicas Não Transmissíveis", os países do Caribe comprometeram-se a celebrar anualmente o Dia do Bem-estar no Caribe, desenvolver políticas públicas saudáveis, formar comissões nacionais sobre doenças não transmissíveis e enviar esforços para mobilizar a sociedade civil e instituições acadêmicas. O Paraguai estabeleceu uma Política de Promoção da Saúde que inclui uma estratégia sobre moradia saudável. Está incorporando, mediante convênio intersetorial com o Conselho Nacional da Moradia (CONAVI), a promoção da saúde nos planos nacionais de moradia. Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Panamá, Peru, Uruguai e Venezuela implementaram um programa sobre regime alimentar saudável baseado em uma iniciativa projetada originalmente pelo Instituto Nacional do Câncer dos EUA; abrange múltiplos setores da economia. "AGITA São Paulo" promove o exercício físico, sensibiliza sobre a importância desse e oferece acesso fácil à atividade física. A Colômbia colocou em operação um programa similar; "Mexa-se pela sua saúde", na Antioquia.
Busca de serviços centrados nas pessoas	Implantação de iniciativas projetadas para melhorar a qualidade e a aceitabilidade do atendimento, proporcionando serviços de saúde que sejam integrados, acessíveis, aceitáveis e integrais.	<ul style="list-style-type: none"> O novo modelo do Uruguai baseado na atenção primária em saúde (Sistema Nacional Integrado de Saúde) foi projetado para obter cobertura universal; prevê um conjunto garantido de direitos e estabelece mecanismos para implantar e financiar o novo sistema. No Brasil, os serviços de atenção primária fornecidos pela abordagem tradicional de serviços sobre demanda estão sendo substituídos gradativamente por um programa de saúde da família, em cujo marco as equipes de saúde multidisciplinares proporcionam assistência em saúde centrada na pessoa a quase 50% da população do país. No marco de atividades de descentralização no Peru, as funções de 125 sistemas de saúde foram transferidas do nível central para o departamental. Além disso, a estratégia de saúde da família está ampliando seus serviços e fortalecendo a atenção primária com um modelo de atenção integral à família.
Fortalecer a liderança do setor da saúde	Promoção da efetiva liderança e capacidade de administração do setor da saúde, por meio de iniciativas projetadas para propiciar a defesa e o diálogo em nível intersetorial, conscientizar o público sobre questões de saúde e aumentar a participação social.	<ul style="list-style-type: none"> Demonstrado forte liderança e mediante um processo participativo com diálogo social e político, o Chile implementou uma reforma do sistema de saúde para coordenar um sistema misto com uma regulamentação estatal moderna e eficaz. O aspecto mais significativo da reforma foi a criação do Plano AUGE (Regime de Garantias Explícitas da Saúde para todos os cidadãos). Trinta comunidades de 17 países da América Latina e do Caribe participam da iniciativa regional "Rostos, Vozes e Lugares". Essa apresenta os esforços do país e da comunidade para impulsionar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), especialmente os relacionados à saúde, nas comunidades mais pobres e vulneráveis. As intervenções específicas baseiam-se na análise das realidades locais e são realizadas pelas próprias comunidades, com assistência técnica da Organização Pan-americana da Saúde e outros órgãos das Nações Unidas. Bahamas desenvolveu um sistema público de informação em saúde que padronizará e informatizará todos os registros médicos no primeiro nível da atenção. O sistema proporcionará um banco de dados consolidado sobre pacientes para facilitar as análises da morbidade, mortalidade e outros indicadores como uma maneira de fornecer evidências para melhorar o processo decisório em nível nacional, comunitário e dos estabelecimentos de saúde.

Fonte: Referências (21-23).

e Descentralização “Andrés Ibáñez” (2010) para regular o regime de autonomia e os alicerces da organização territorial do Estado. Corresponde ao nível central a gestão do sistema único de saúde em todo o território nacional e a oferta do seguro universal de saúde. Os governos departamentais e municipais autônomos têm competências paralelas na implementação, gestão e cofinanciamento do sistema de saúde, e com os governos indígenas-nativos-camponeses autônomos, em termos de participação.

O fortalecimento da administração da Autoridade Sanitária Nacional denota também avanços. A Lei Orgânica de Saúde do Equador (2006) reconhece o Ministério da Saúde Pública como autoridade sanitária nacional, a quem correspondem funções como o exercício de administração na saúde e a responsabilidade da implementação, do controle e da fiscalização do cumprimento da Lei e das normas promulgadas para sua plena vigência. A Lei dos Ministérios nº 26.338 da Argentina (2007), por sua parte, fortalece o monitoramento do funcionamento de serviços e instituições de saúde, o planejamento setorial e a articulação com as autoridades sanitárias das diversas jurisdições com a finalidade de implementar um sistema federal de saúde. A Resolução nº 1.070 (2009) (também na Argentina) criou o Registro Federal de Estabelecimentos de Saúde no âmbito do Ministério como parte de sua realização das funções essenciais de saúde pública, para facilitar uma maior coesão no setor da saúde, uma melhor cobertura de seus serviços, um uso mais racional dos recursos e uma melhor qualidade do atendimento. Por outro lado, a Costa Rica publicou o Decreto nº 34.610-S (2008), o Regulamento Orgânico do Ministério da Saúde, o qual estabelece sua competência para assegurar, de forma equitativa e baseada em evidências, a articulação, o fortalecimento e modernização de políticas, leis, planos, programas e projetos, bem como a mobilização e sinergia das forças sociais, institucionais e comunitárias que impactam os determinantes da saúde da população.

Implantaram-se também várias leis voltadas à ampliação da cobertura da proteção social na saúde. A Colômbia promulgou a Lei nº 1.122 (2007), que revê o Sistema Geral de Previdência Social na Saúde na área de governança, cobertura universal, financiamento, equilíbrio entre atores, uso racional

de recursos e melhora da oferta de serviços de saúde; a lei criou também a Comissão de Regulamentação na Saúde para redigir e modificar os planos obrigatórios de saúde garantidos pelas entidades promotoras de saúde aos segurados. Em janeiro de 2011, no mesmo país, publicou-se oficialmente a Lei nº 1.438 para a reforma do Sistema Geral de Previdência Social na Saúde, padronizando o plano de benefícios, criando o seguro universal e garantindo a portabilidade dos benefícios e a sustentabilidade financeira. O Uruguai promulgou a Lei nº 18.211 (2007), que estabelece o Sistema Nacional Integrado de Saúde organizado por níveis, de acordo com as necessidades dos usuários e a complexidade dos benefícios. Essa norma, que regulamenta o direito à proteção da saúde, permitiu a criação do Seguro Nacional de Saúde e o Conselho Nacional de Saúde, para administrar tal direito, zelando pela observância de seus princípios norteadores. O Sistema Integrado de Saúde sustenta-se em – e privilegia – a atenção primária em saúde. O sistema é financiado por meio do Fundo Nacional de Saúde criado pela Lei nº 18.131 (2007).

Em El Salvador, o Decreto Legislativo nº 442 (2007) estabeleceu o Sistema Nacional de Saúde como conjunto de instituições inter-relacionadas e integradas, que operam de forma sistemática e articulada para garantir, sob a gestão do Ministério da Saúde, o direito à saúde da população. Em Anguila, promulgou-se a Lei do Fundo Nacional da Saúde (2008), para a aquisição de serviços de saúde, garantindo o acesso aos serviços determinados pela lei, com base nos princípios de solidariedade, sustentabilidade, equidade, eficiência, efetividade e responsabilização, de modo a garantir sua eficácia e custo-efetividade.

No Peru, a Lei nº 29.344 (2009) cria o arcabouço do seguro de saúde universal para garantir o pleno e progressivo direito de toda pessoa a benefícios de saúde da previdência social e define as funções de regulação, financiamento, prestação e supervisão do seguro sob o Plano Essencial de Seguro de Saúde. Cabe ao Ministério da Saúde, em seu caráter de entidade gestora, fazer adotar de maneira descentralizada e participativa as normas e políticas que regem a promoção, implementação e o fortalecimento do seguro nacional na saúde.

Nos Estados Unidos, as Leis de Proteção do Paciente e do Atendimento Acessível e da Reconci-

liação da Atenção em Saúde e da Educação (ambas de 2010) estabelecem princípios de ampliação da cobertura a partir da reforma no sistema de seguro de saúde, com cronograma de execução até 2020. Também em 2010, o país promulgou a Lei de Ampliação de Medicare e Medicaid, que prorroga os benefícios específicos de ambos os sistemas.

Adicionalmente, o novo marco de acesso fortaleceu os direitos das pessoas frente às instituições de saúde. No Brasil, a Portaria nº 675 (2006) aprovou a carta dos direitos dos usuários do sistema de saúde no marco do exercício da cidadania, e o Decreto de março de 2006 criou, dentro do Ministério da Saúde, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde que tem, entre outras, a função de contribuir para a formulação e implementação de políticas, planos e programas de saúde visando intervenções sobre os determinantes sociais que condicionam a condição de saúde da população. Por sua vez, a Argentina promulgou a Lei nº 26.529 (2009) sobre direitos dos pacientes na sua relação com profissionais e instituições de saúde (por exemplo, direito à assistência, ao trato digno e respeitoso, à privacidade, confidencialidade, autonomia, informação sobre saúde e consulta com especialistas). No Chile, os Decretos Supremos nº 44 (2007) e nº 1 (2010) complementam a matriz dos problemas de saúde e garantias explícitas consagradas na Lei nº 19.966 (2005) sobre a cobertura financeira e à garantia oportuna de assistência para doenças que causam maior quantidade de óbitos e vidas perdidas no país. No México, a Norma Oficial Mexicana NOM-071-SCFI-2008 – práticas comerciais e atendimento médico por cobrança direta – detalha as informações que os provedores de serviços médicos devem proporcionar em suas dependências de modo que os usuários sejam munidos de informações claras e suficientes para tomarem decisões adequadas às suas necessidades e os elementos básicos que devem integrar os contratos de adesão, caso sejam utilizados.

No Uruguai a Lei nº 18.335 (2008) estabelece os direitos e obrigações dos pacientes e usuários do Sistema Nacional Integrado de Saúde. No Peru, a Lei nº 29.414 (2009) estipula os direitos dos usuários dos serviços de saúde (por exemplo, acesso, informação, atenção e recuperação da saúde e consentimento informado). O Panamá criou em 2010 o

Programa de Atenção Humanizada e Apoio Espiritual do Paciente (Decreto nº 41), destinado a reavivar o sentido vocacional do serviço e a solidariedade nas profissões da saúde e assegurar o atendimento humanizado e a solidariedade espiritual dos profissionais da saúde e do pessoal administrativo no sentido de reduzir o sofrimento dos pacientes e seus familiares. O país também adotou a Resolução nº 60 (2010) para fortalecer o subsistema de atendimento ao cliente criado em 2004, de modo a elevar o nível de satisfação dos usuários vis-à-vis suas necessidades e expectativas.

O marco de direitos se complementa com normas que fortalecem a participação social na saúde. No Peru, a Lei nº 29.124 (2007) ordena a cogestão e a participação cidadã no primeiro nível da atenção nas instalações do Ministério da Saúde, no intuito de ampliar a cobertura, melhorar a qualidade, ampliar o acesso equitativo à atenção em saúde e gerar melhores condições com participação comunitária organizada como parte do exercício do direito à saúde e em concordância com as normas regendo a descentralização. No Equador, a Lei Orgânica do Conselho de Participação Cidadã e Controle Social (2009) estabelece, entre as funções dessa instância criada pela Constituição de 2009, que o Conselho deve promover e estabelecer mecanismos de controle social e responsabilização para os assuntos de interesse e entidades do setor público e as pessoas jurídicas do setor privado que prestem serviços públicos, desenvolvam atividades de interesse público ou administrem recursos públicos. Em 2010, El Salvador, o Decreto Presidencial nº 54 estabeleceu os Gabinetes Departamentais para coordenar e articular em nível local os planos de governo e obter o efetivo atendimento às necessidades da população.

A legislação dos países das Américas avançou na abordagem da saúde no contexto de seus determinantes, com a conseguinte ampliação de responsabilidades entre setores. Contudo, tais avanços carregam em si a necessidade de elaborar novos marcos para preservar a equidade e defender a solidariedade em cenários contenciosos crescentes. Diante da amplitude das garantias, o desafio para a legislação consistirá em refletir com precisão o debate social em relação ao exercício de direitos.

FINANCIAMENTO E PROTEÇÃO SOCIAL NA SAÚDE

PROTEÇÃO SOCIAL NA SAÚDE

Durante o período transcorrido entre os anos 2006 e 2010, nas Américas ocorreram avanços importantes no campo da proteção social na saúde nos níveis global, regional e nacional.

Em nível global, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançaram, com participação de várias agências do Sistema das Nações Unidas, a iniciativa Piso de Proteção Social, que possui dois componentes: i) um conjunto básico de direitos e transferências sociais essenciais, monetárias e em espécie, destinado a contribuir para a segurança mínima de renda e meios de subsistência para todos, e facilitar a demanda efetiva e o acesso a bens e serviços essenciais; e ii) a oferta de um nível essencial de bens e serviços sociais, tais como saúde, água e saneamento, educação, alimentação, moradia e informação sobre a vida e a poupança de ativos que sejam acessíveis a todos (26).

No âmbito regional, em 2009, a Organização dos Estados Americanos (OEA) criou, após decisão adotada na V Cúpula das Américas, a Rede Interamericana de Proteção Social (RIPSo) como comunidade de práticas voltada para facilitar o intercâmbio de informações sobre políticas, experiências, programas e melhores práticas sobre proteção social. A RIPSo conta com a participação de ministérios e órgãos nacionais de desenvolvimento social das Américas, assim como organizações internacionais e não governamentais, o setor privado e a academia (27).

Além das iniciativas mencionadas anteriormente, os progressos dos países no campo da proteção social em nível nacional refletiram-se no aprofundamento, consolidação ou início de acordos, planos, programas ou estratégias no intuito de ampliar a cobertura dessa proteção. Em vários países da Região, nota-se uma significativa mudança de enfoque em relação ao financiamento dos sistemas de saúde, à organização dos recursos no âmbito do sistema e ao papel dos diversos atores nos referidos processos, introduzindo o conceito de direito à saúde em substituição ao enfoque baseado em riscos individuais prevalente na década dos anos 1990. Um dos traços notáveis desses avanços é que essa

transformação ocorreu tanto em países de renda alta e média (por exemplo, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Estados Unidos, México, Peru e Uruguai), com alto grau de desenvolvimento das instituições de saúde, como em países de renda média baixa (El Salvador) e muito baixa (Haiti), com instituições de saúde em fase de desenvolvimento incipiente.

Em 2008, o Haiti começou a oferecer serviços obstétricos gratuitos – financiados com recursos da ajuda humanitária – como resposta frente ao aumento da mortalidade materna registrada na última década. No ano seguinte, em mais da metade das instituições participantes registrou-se um aumento médio de 62% em suas taxas de partos institucionais. Das mulheres que deram a luz em instituições e que participaram desse programa obstétrico gratuito, 30% mencionaram ter tido seu parto anterior em domicílio e 83% disseram estar satisfeitas com a assistência recebida (28). Em 2010, essa iniciativa recebeu novo financiamento e ampliou suas atividades para incluir o atendimento obstétrico de emergência, serviços neonatais, prevenção da transmissão vertical do HIV e prevenção da violência de gênero e o tratamento de suas vítimas. Com a expansão, o número de estabelecimentos participantes no programa aumentou de 42 para 63, enquanto os partos institucionais cresceram de 2.953 para 6.828 por mês. Até a elaboração do presente documento, a taxa de mortalidade materna registrada em instituições participando do programa de serviços obstétricos gratuitos é, aproximadamente, cinco vezes menor que a notificada pelas fora dele (120 e 630 por 100.000 nascidos vivos, respectivamente) (29).

Desse modo, no Haiti, lançou-se em 2010, o Programa de Serviços Infantis Gratuitos, para atender as necessidades de crianças menores de cinco anos. Também financiado com recursos de apoio humanitário, o programa foi instaurado nos 27 maiores hospitais do país (19 públicos e 8 privados) e oferece atenção à saúde de qualidade a mais de 15.000 crianças acima da quantidade prevista na linha de base (29).

Em 2008, o Uruguai iniciou um profundo processo de reformas para garantir a cobertura universal da saúde, por meio da implementação do Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS). As reformas consideraram um cronograma de cadastro gradativo de beneficiários no novo sistema até o ano de 2016, para garantir a cobertura universal e a sustentabi-

lidade do novo modelo. Os trabalhadores públicos, as crianças menores de 18 anos, os deficientes e os novos aposentados foram os primeiros a ser incorporados, enquanto cônjuges de trabalhadores, trabalhadores sem filiação e aposentados e pensionistas estão sendo inseridos gradativamente. Em março de 2008, a cobertura do SNIS alcançava quase 120.000 trabalhadores e 335.000 crianças menores de 18 anos, um aumento de 500.000 novos afiliados desde agosto de 2007 (30). Em 2011, o SNIS ampliou a cobertura na saúde para mais de 50% do total da população uruguaia – aproximadamente um milhão de trabalhadores, 537.000 crianças e 127.000 aposentados (31).

Em 2010, o Plano para o Acesso Universal com Garantias Explícitas (AUGE) do Chile ampliou o pacote de serviços garantido para cobrir 69 problemas de saúde. Introduzido em 2005, o sistema cobria 25 problemas de saúde, selecionados de acordo com sua frequência, gravidade, custo e dano à qualidade de vida. Foram acrescentados 15 novos problemas de saúde em 2006, 16 em 2007 e mais 13 em 2010. O AUGE também assegura explicitamente o acesso, a atenção de qualidade oportuna e a proteção financeira diante de problemas prioritários (32).

A Argentina ampliou seu Plano “Nacer” (Seguro Provincial de Saúde Materno-Infantil) – iniciado em 2005 em duas províncias e depois ativado para todo o país em 2007. O Plano oferece cobertura de saúde a 1.719.457 gestantes, puérperas e crianças menores de 6 anos (33). O Brasil, por sua vez, expandiu em 2011 o Programa Saúde da Família (PSF) para todo o país. O PSF foi implantado em 94,9% dos 5.282 municípios do país e cobre atualmente mais de 101 milhões de pessoas por meio de 32.029 equipes de profissionais da saúde, cada uma servindo uma população de 3.500 a 4.000 pessoas (34).

Através de 275 intervenções, o México tem ampliado significativamente o Seguro Popular de Saúde, com cobertura de serviços médico-cirúrgicos, farmacêuticos e hospitalares para mais de 40% da população. A filiação ao Seguro Popular passou de três milhões em 2009 para mais de 12 milhões em 2010 e a 46 milhões em 2011. A partir de 2008, o Seguro Popular passou a oferecer atendimento médico a todos os tipos de câncer em menores de 18 anos, como resposta à alta mortalidade do câncer infantil no país e devido ao fato de que tal doença era a segunda causa principal de óbito na faixa etá-

ria de um a 19 anos. Em 2011, o programa expandiu sua cobertura para incluir doenças que necessitam de tratamento de alta complexidade (35).

Nos EUA, a lei denominada *Affordable Care Act* (2010) – “Lei da Assistência Economicamente Acessível” – tem entre seus principais objetivos estender a cobertura de saúde à população e eliminar barreiras ao acesso. Para isso, inclui uma série de medidas, como a introdução da cobertura de não segurados com doenças preexistentes, a eliminação dos co-pagamentos para alguns serviços de prevenção, a eliminação de tetos de cobertura anuais estabelecidos pelas companhias de seguros, a proibição de negar cobertura a menores de 19 anos com condições preexistentes, a inclusão dos filhos de até 26 anos na apólice de seguro de saúde dos pais, a eliminação de co-pagamentos, cosseguros e franquias para serviços de prevenção e exames anuais de rotina e descontos no valor de medicamentos para os beneficiários do plano Medicare. Contudo, essa lei está sofrendo diversos desafios em nível estadual.

O Sistema Integral de Saúde (SIS) do Peru – que proporciona seguro público subsidiado – tem como meta avançar para a cobertura universal, priorizando as populações vulneráveis que se encontram em situação de pobreza e pobreza extrema. No quinquênio 2005-2010, registrou-se um aumento importante no acesso ao SIS, tanto pela população pobre (43 pontos percentuais), como da não pobre (20 pontos percentuais), um avanço significativo da população coberta. Em 2004, o percentual de população segurada no Peru era de apenas 37%. Em 2010, a proporção da população pobre, extremamente pobre e não pobre que contava com seguro de saúde era de 72%, 80% e 61%, respectivamente (36).

As informações mencionadas acima mostram que a proteção social na saúde vivenciou avanços relevantes em vários países latino-americanos, na sua maioria graças à implementação de estratégias para aumentar a cobertura dos serviços e reduzir os riscos financeiros para as populações mais vulneráveis. No entanto, na maioria dos países persiste o desafio de solucionar o problema urgente do financiamento da proteção social na saúde e da redução da segmentação de seus sistemas de saúde, da fragmentação dos serviços e da baixa cobertura efetiva – todos contribuindo para a iniquidade no acesso e a baixa eficiência da prestação e gestão dos serviços de saúde (37).

GASTOS CATASTRÓFICOS COM A SAÚDE

O impacto dos gastos catastróficos com a saúde nas famílias associa-se diretamente aos níveis de proteção financeira oferecidos pelos sistemas de saúde, independentemente de sua estrutura. Embora, nos países das Américas, esses tipos de gastos afetem as famílias com níveis de rendas diferentes, parece existir uma alta correlação entre esses gastos e o gasto total com saúde como proporção do PIB, os gastos diretos como proporção do gasto total, a proporção da população abaixo da linha de pobreza e a oferta de um limitado pacote básico de serviços (38, 39). Os gastos diretos para pagamento de consultas e serviços em saúde são a forma mais regressiva de financiamento e que mais expõe as famílias ao risco catastrófico (9).

O Relatório Mundial da Saúde de 2010 destaca, também, a função dos pagamentos diretos, representados por co-pagamentos, cosseguros ou franquias, na eventualidade de as famílias sofrerem situações de catástrofe financeira, principalmente as com menores recursos. Diante dessa situação, a cobertura universal e o agrupamento de recursos representam a melhor opção de proteção financeira para a população (40). Contudo, o encarecimento dos tratamentos médicos, os avanços tecnológicos e a evolução da medicina de alto custo, bem como o envelhecimento da população e a falta de pacotes de cobertura representam um desafio para a sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde, inclusive naqueles que contam com agrupamento de recursos.

Nos últimos anos, vários países progrediram com relação à extensão da cobertura da saúde e ao estabelecimento de sistemas de seguro pré-pagos que protegem as famílias contra o risco financeiro e de caírem na pobreza devido a gastos catastróficos diretos, e que também garantem à população um pacote básico de serviços de saúde (41). Entre esses esforços destacam-se os recentes avanços de Uruguai, EUA e Peru na ampliação do seguro e dos níveis de cobertura na saúde, por meio das reformas antes mencionadas. No Uruguai, por exemplo, o êxito foi alcançado aumentando a participação pública no financiamento da saúde de 51,0% em 2005 para 63,6% em 2008. Estima-se que o gasto direto das famílias (sem considerar os pré-pagamentos) diminuiu em cinco pontos percentuais em relação a 2007 (42).

Entre os principais mecanismos de proteção social e financeira adotados na Região constam os modelos de transferências condicionadas e os modelos de fundos específicos para cobrir determinadas doenças, como a Cobertura para Chefes de Famílias e Universal para Crianças (Argentina), o Bolsa Família (Brasil), Juancito Pinto (Bolívia) e Oportunidades (México), baseados nos princípios de corresponsabilidade social na saúde e voltados essencialmente para garantir o acesso a programas de prevenção. Os fundos específicos para cobrir as doenças de alto custo e baixa prevalência – potenciais geradoras de gastos catastróficos para as famílias – garantem geralmente a cobertura universal com um pacote específico de serviços básicos ou obrigatórios para toda a população e a diminuição gradativa do número de famílias afetadas por tais despesas. Como exemplos dessas medidas, podem ser citadas: a incorporação de novos tratamentos de doenças de alto custo (em 2005) e de medicamentos de alto custo (entre 2006 e 2008) ao Fundo Nacional de Recursos do Uruguai, e a criação do Fundo de Proteção contra Gastos Catastróficos do México (2004).

Em que pese os avanços em termos de adoção de políticas de proteção social frente ao risco financeiro que a Região conseguiu, só agora estão começando a surgir estudos que evidenciam o impacto dos gastos catastróficos nas famílias. Entre as razões dessa falta de evidências estão questões e problemas conceituais de definição sobre o que deve ser considerado gasto catastrófico, bem como dificuldades provocadas pela falta de informação ou pela irregularidade na produção de dados.

Os estudos existentes se baseiam em resultados de pesquisas nacionais de domicílios, de níveis de vida ou de orçamentos familiares – de acordo com a disponibilidade de dados e o projeto – e os dados obtidos dos entrevistados. O problema com essas pesquisas está em que, por um lado, seu projeto parece complicar a comparação de informações sobre renda e gastos específicos com saúde, e por outro, os resultados são apresentados normalmente por trimestre, dificultando a construção de bancos de dados longitudinais ou séries temporais. Vale assinalar, também, que as pesquisas sobre famílias e condições de vida não estão isentas de erros de medição que podem afetar a qualidade dos dados e, por consequência, os resultados obtidos (43).

Além disso, há poucos trabalhos recentes evidenciando o vínculo direto entre gastos catastróficos com saúde e a pobreza. Um deles, que estuda as linhas de pobreza ajustadas por saúde (HAPL) no Chile, baseou seus resultados na Pesquisa sobre Orçamentos Familiares (EPF) de 2006-2007. O estudo mostra, no caso da pobreza urbana, um aumento oficial estimado de 14% para 16,4% no método direto e 16,5% no indireto, enquanto para a pobreza extrema a mudança oficial estimada foi de 3,2% para 3,6% no método direto e 4,3% no indireto. Os resultados do impacto dos gastos catastróficos com saúde na incidência da pobreza e da extrema pobreza mostram que a situação de 30,6% de pessoas vivendo na pobreza extrema piorou devido a gastos com saúde, enquanto 30,7% de pobres extremos caíram nessa situação devido a gastos relacionados à saúde (44). A metodologia indireta para a inclusão dos gastos com saúde na linha de pobreza, proposta pela Academia de Ciências dos Estados Unidos, estabelece descontar os gastos com saúde, tanto da linha de pobreza (renda), como dos gastos, argumentando que os gastos com saúde não formam parte das necessidades básicas, por serem incertos em recorrência e valores. Em reação, diferentes pesquisadores defenderam a inclusão direta dos gastos necessários com saúde como parte da linha de pobreza.

Há grande variação entre as estimativas do impacto dos gastos catastróficos com saúde nas famílias. No México, por exemplo, estão entre 2% e 14%, de todas as famílias (45). Além disso, parece haver uma correlação entre os níveis de cobertura de saúde e a proporção de participação do gasto direto das famílias no financiamento dos serviços de saúde, por um lado, e a proporção de famílias afetadas por eventos catastróficos, por outro. Um achado comum nesses estudos é a alta incidência de gastos catastróficos com saúde nos quintis de baixa renda e seu risco de perpetuar o elevado grau de vulnerabilidade econômica desses grupos populacionais.

Um estudo recente com base em resultados de pesquisas de domicílios realizadas entre 2003 e 2008 compara a prevalência de gastos catastróficos entre subgrupos populacionais em 12 países da América Latina que mostra uma grande variação na proporção de domicílios com gastos catastróficos com saúde (entre 1% e 25%), e essas diferenças estão vinculadas aos níveis de cobertura e proteção

social oferecidos pelos diferentes sistemas de saúde. Nos subgrupos, os fatores que explicam uma maior propensão a ter gastos catastróficos são a residência rural, a baixa renda, idosos no lar e a falta de seguro de saúde para a família (46).

Os estudos disponíveis evidenciam o impacto dos gastos catastróficos com saúde nos níveis de renda das famílias e, principalmente, a necessidade de continuar a expandir os sistemas de proteção contra o risco financeiro na saúde. Dito isso, a diversidade de métodos e pressupostos revelados pelos referidos estudos expõem também, a necessidade de aprofundar as pesquisas na Região na busca de uma metodologia padronizada e comparável para estimar o impacto dos gastos catastróficos com a saúde na renda das famílias e, conseqüentemente, sua repercussão na pobreza e na extrema pobreza. Desse modo, permanecem na agenda de pesquisa da Região a avaliação do efeito que tem surtido a introdução de programas de proteção financeira para a população pobre ou não segurada, bem como dos desafios que representará no futuro o aprofundamento da transição epidemiológica e demográfica (47).

Nesse sentido, os trabalhos já iniciaram com um estudo no México, que contou com o método proposto por Wagstaff e Van Doorslaer. Esse método inclui a medição do impacto de gastos catastróficos com a saúde nas famílias adotando duas definições de renda: a renda pré-paga, medida pelo consumo familiar; e a renda pós-paga, equivalente à renda pré-paga menos o gasto com alimentação (48). Embora nesse caso tenha se observado uma melhora importante nos indicadores de pobreza e proteção financeira entre 1992 e 2004, os autores advertem que é impossível determinar o papel causal da introdução do Seguro Popular de Saúde, Oportunidades e outros programas sociais, ou ainda políticas macroeconômicas e de redução da pobreza. Além, disso, a forte redução dos gastos catastróficos com a saúde registrada no México, entre 2006 e 2010, poderia estar vinculada ao aumento da cobertura no Seguro Popular (Quadro 5.1).

GASTO COM SAÚDE E FINANCIAMENTO

Em 2010, o gasto mundial total em bens e serviços relacionados com a atenção em saúde foi de apro-

QUADRO 5.1. Evolução dos gastos catastróficos com saúde no México

Em 2010, o percentual de famílias mexicanas que tiveram gastos catastróficos com saúde foi de 2,23% – uma redução de quase 32.000 famílias em comparação com o período 2008-2010. Além disso, as famílias que ingressaram na pobreza por gastos com saúde caíram de 1,57% em 2002 para 0,98% em 2010, com um total de 98.000 famílias somente nesse último ano. A redução nos gastos catastróficos a partir de 2006 poderia vincular-se, entre outras razões, à importante ampliação da cobertura através do Seguro Popular, que proporciona proteção financeira pública às famílias que, devido à sua situação laboral, não podem ser incluídas no sistema de previdência social.

Fonte: Secretaria da Saúde do México, Unidade de Análise Econômica.

ximadamente US\$ 6 trilhões (quase 8,5% do PIB mundial total) e o gasto *per capita* em US\$ 850 (todos os valores são expressos em dólares dos EUA de 2010, salvo indicação em contrário). Conforme o previsto, a proporção de gastos com saúde como proporção do PIB e o nível de gastos *per capita* em bens e serviços relacionados à atenção em saúde variaram amplamente entre regiões e países (Tabela 5.3) (49-52). Os gastos totais com saúde como proporção do PIB variaram de uma média de 13,2% na Região das Américas para uma média de menos de 3,8% nos países do Sudeste Asiático. O gasto médio *per capita* com saúde variou de US\$ 2.995 nas Américas para US\$ 47 no Sudeste Asiático (Tabela 5.3). Em 2010, nos países da América Latina e do Caribe, o gasto total com saúde representou 7,3% do PIB, e o gasto médio *per capita* foi calculado em US\$ 623. Entre esses países, a proporção dos gastos totais com saúde como percentual do PIB oscilou entre 15,2% nas Antilhas Holandesas e 3,9% em Trinidad e Tobago. O gasto total *per capita* com a saúde oscilou entre US\$ 2.711 em Aruba e US\$ 90 na Bolívia (Tabela 5.4) (49-51).

No mundo, os gastos com saúde estão preponderantemente concentrados nos países de altas rendas. Por exemplo, os países europeus, o Canadá e os EUA representam aproximadamente 18% da população mundial, mas totalizam 75% dos gastos mundiais com saúde. América Latina e do Caribe, por outro lado, representa 9% da população e um gasto em saúde e 8,5% do montante mundial. O nível de gasto em bens e serviços relacionados à saúde nos EUA é oito vezes maior que a média da América Latina e do Caribe (Tabela 5.3).

A relação entre a proporção dos gastos com saúde como percentual do PIB e os indicadores do

estado de saúde – como a expectativa de vida ao nascer e a mortalidade materno-infantil – é muitas vezes utilizada para avaliar quão eficiente é a atribuição de recursos. Os indicadores das Américas sugerem uma possível necessidade de melhorar a atribuição de recursos em alguns países. A proporção do gasto total com saúde nos EUA em relação ao PIB é quase o dobro dos países europeus com desenvolvimento econômico e renda *per capita* similares. No entanto, os indicadores de saúde dos EUA não são melhores dos observados nos países europeus (53). Também, o gasto com saúde como proporção do PIB na América Latina e do Caribe (7,3%) é o mais alto entre as regiões em desenvolvimento do mundo, e maior que o da Região do Pacífico Ocidental (5,8%), que tem níveis similares de renda *per capita* e de indicadores de saúde como a expectativa de vida ao nascer, a taxa de natimortos, a mortalidade neonatal e a mortalidade infantil e de menores de cinco anos (54). Essas tendências sugerem que os países do Pacífico Ocidental conseguem gastar menos para alcançar indicadores de saúde da população similares aos países da América Latina e do Caribe.

COBERTURA UNIVERSAL E GASTOS COM SAÚDE

Evidências sugerem que os sistemas de saúde que oferecem cobertura universal têm diferentes níveis de gastos com saúde como proporção do PIB e uma composição público-privado dos gastos totais com saúde diferente dos sistemas que não oferecem essa cobertura. O gasto em saúde como proporção do PIB nos sistemas de saúde com cobertura universal gira em torno de 9%, com uma composição

Tabela 5.3 Gasto total com saúde, Região das Américas e outras Regiões da OMS, 2010

	População total (em milhões)	PIB per capita (em US\$ correntes de 2010)	Gasto total com saúde como % do PIB	Gasto per capita com saúde (em US\$ correntes de 2010)	Razão da combinação público / privado
Região das Américas ^a	929,9	22.692,2	13,2	2.995,4	2,0
América Latina e Caribe	582,7	8.541,7	7,3	623,5	1,2
Canadá	34,0	39.403,5	9,7	3.822,1	5,5
Estados Unidos da América	313,2	47.198,5	14,6	6.891,0	2,2
Outras Regiões da OMS					
Região da África ^b	824,4	1.383,3	6,0	83,0	1,0
Região do Sudeste Asiático ^c	1.783,5	1.236,8	3,8	47,0	0,7
Região da Europa ^d	891,5	26.858,8	8,5	2.283,0	3,1
Região do Mediterrâneo Oriental ^e	592,2	3.642,9	4,2	153,0	1,1
Região do Pacífico Ocidental ^f	1.799,8	7.706,9	5,8	447,0	2,2
Mundo	6.816,5	10.047,1	8,5	854,0	1,6

Fonte: Referências (49-52).

^a Antígua e Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bolívia (Estado Plurinacional da), Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Dominica, El Salvador, Equador, Estados Unidos da América, Granada, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Saint Kitts e Nevis, Santa Lúcia, São Vicente e as Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai, Venezuela (República Bolivariana da).

^b África do Sul, Angola, Argélia, Benin, Botswana, Burquina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camarões, Comoras, Congo, Costa do Marfim, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Lesoto, Libéria, Madagascar, Maláui, Mali, Maurício, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, República da Guiné Equatorial, República do Chade, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Seicheles, Senegal, Serra Leoa, Suazilândia, Togo, Uganda, Zâmbia, Zimbábue.

^c Bangladesh, Butão, Índia, Indonésia, Maldivas, Mianmar, Nepal, República Popular Democrática da Coreia, Sri Lanka, Tailândia, Timor Leste.

^d Albânia, Alemanha, Andorra, Armênia, Áustria, Azerbaijão, Bélgica, Bielorrússia, Bósnia-Herzegovina, Bulgária, Cazaquistão, Chipre, Croácia, Dinamarca, Eslováquia, Eslovênia, Espanha, Estônia, Ex República Iugoslava de Macedônia, Federação da Rússia, Finlândia, França, Geórgia, Grécia, Hungria, Irlanda, Islândia, Israel, Itália, Letônia, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Mônaco, Montenegro, Noruega, Países Baixos, Polônia, Portugal, Quirguistão, Reino Unido, República Árabe Síria, República de Moldova, República Tcheca, Romênia, São Marino, Servia, Suécia, Suíça, Tadjiquistão, Turquemenistão, Turquia, Ucrânia, Uzbequistão.

^e Afeganistão, Arábia Saudita, Bahrein, Djibuti, Egito, Emirados Árabes Unidos, Iêmen, Irã (República Islâmica do), Iraque, Jordânia, Kuwait, Líbano, Líbia, Marrocos, Omã, Paquistão, Qatar, Somália, Sudão, Sudão Meridional, Tunísia.

^f Austrália, Brunei Darussalam, Camboja, China, Filipinas, Fiji, Ilhas Cook, Ilhas Marshall, Ilhas Salomão, Japão, Kiribati, Malásia, Micronésia (Estados Federados da), Mongólia, Nauru, Niue, Nova Zelândia, Palau, Papua Nova Guiné, República da Coreia, República Democrática Popular do Laos, Samoa, Singapura, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Vietnã.

público-privado de 80/20 (55-59). A combinação público-privado dos gastos com saúde nos países com sistemas de saúde universais está alinhada com a recomendação da OMS de os países manterem o nível de gastos diretos das famílias abaixo de 15%-20% do gasto total com saúde. Os gastos diretos como proporção do gasto total com saúde representam um indicador das barreiras econômicas ao acesso e da probabilidade de risco financeiro e empobrecimento por doença ou acidente (41).

Entre 2005 e 2010, os gastos totais com saúde na América Latina e no Caribe aumentaram mais rapidamente que a taxa de crescimento econômico da Região. A proporção dos gastos totais com saú-

de como percentual do PIB aumentou de 6,8% em 2005 para 7,3% em 2010. O gasto público com saúde como percentual do PIB aumentou ainda mais rapidamente, de 3,3% em 2005 para 4,1% em 2010. A combinação público-privado na América Latina e no Caribe, que é ainda alta em relação ao ponto de referência de 20%, estabelecido pela OMS, reverteu-se de uma razão de 48/52 em 2005 para 55/45 em 2010, indicando uma tendência positiva para a redução dos gastos diretos do usuário (60,61). Segundo observa-se acima, o gasto médio com saúde na América Latina e no Caribe esconde grandes diferenças entre os países (Tabela 5.4) quanto à natureza e escopo do financiamento dos sistemas de saúde.

Tabela 5.4 PIB per capita e indicadores do gasto nacional com saúde, países selecionados das Américas, 2010

País ou território	PIB per capita (em US\$ de 2010)	Gasto Nacional com Saúde per capita (em US\$ de 2010)	Gasto Nacional com Saúde como % do PIB	Gasto público como % do PIB	Gasto privado direto como % do Gasto Nacional com Saúde
Anguila	18.624	1.242	6,7	4,2	37,0
Antígua e Barbuda	12.849	611	4,8	3,6	24,4
Argentina	9.138	777	8,5	5,3	38,0
Aruba	24.000	2.711	11,3	10,0	11,5
Bahamas	21.879	1.470	6,7	3,4	49,4
Barbados	14.326	1.227	8,6	5,7	33,5
Belize	4.159	96	2,3	1,0	56,5
Bolívia	1.858	90	4,9	3,2	34,1
Brasil	10.816	793	7,3	3,6	50,9
Chile	11.828	986	8,3	5,1	38,8
Colômbia	6.273	374	6,0	3,5	41,2
Costa Rica	7.843	617	7,9	4,6	41,6
Cuba	5.596	604	10,8	10,5	2,8
Dominica	5.167	405	7,8	5,3	32,3
Equador	3.984	341	8,6	4,7	45,0
El Salvador	3.701	306	8,3	3,3	60,1
Granada	6.543	654	2,0	5,3	234,8
Guatemala	2.888	164	5,7	2,1	63,1
Guiana	2.868	208	7,3	5,3	27,1
Honduras	2.016	177	8,8	4,6	47,7
Jamaica	5.039	272	5,4	2,7	50,1
México	9.566	776	8,1	4,9	39,6
Montserrat	3.400	306	9,0	9,0	0,0
Antilhas Holandesas	11.800	1.790	15,2	14,0	7,7
Nicarágua	1.127	109	9,7	5,5	43,2
Panamá	7.593	393	5,2	3,9	24,6
Paraguai	2.886	252	8,7	4,2	51,8
Peru	5.172	267	5,2	2,9	43,8
República Dominicana	5.228	305	5,8	1,4	76,0
Saint Kitts e Nevis	9.636	438	4,5	2,2	51,6
Santa Lúcia	5.668	293	5,2	2,4	53,6
São Vicente e as Granadinas	5.229	226	4,3	3,5	18,9
Trinidad e Tobago	21.200	828	3,9	2,0	48,8
Uruguai	11.998	1.168	9,7	4,5	53,8
Venezuela	9.960	459	4,6	1,8	61,0

Fonte: Referências (49-51).

GASTO PÚBLICO COM SAÚDE

Chile, Costa Rica e Cuba estão entre os países da América Latina e do Caribe com os melhores indicadores do estado de saúde da Região quanto à expectativa de vida ao nascer, a mortalidade materna e a mortalidade infantil; também têm gastos com saúde acima da média como percentual do PIB. Esses países compartilham outras características que afetam positivamente a saúde de suas populações, como a disponibilidade de atenção à saúde universal ou a existência de políticas públicas projetadas para ampliar a cobertura de saúde da população e oferecer a proteção social na saúde para seus cidadãos.

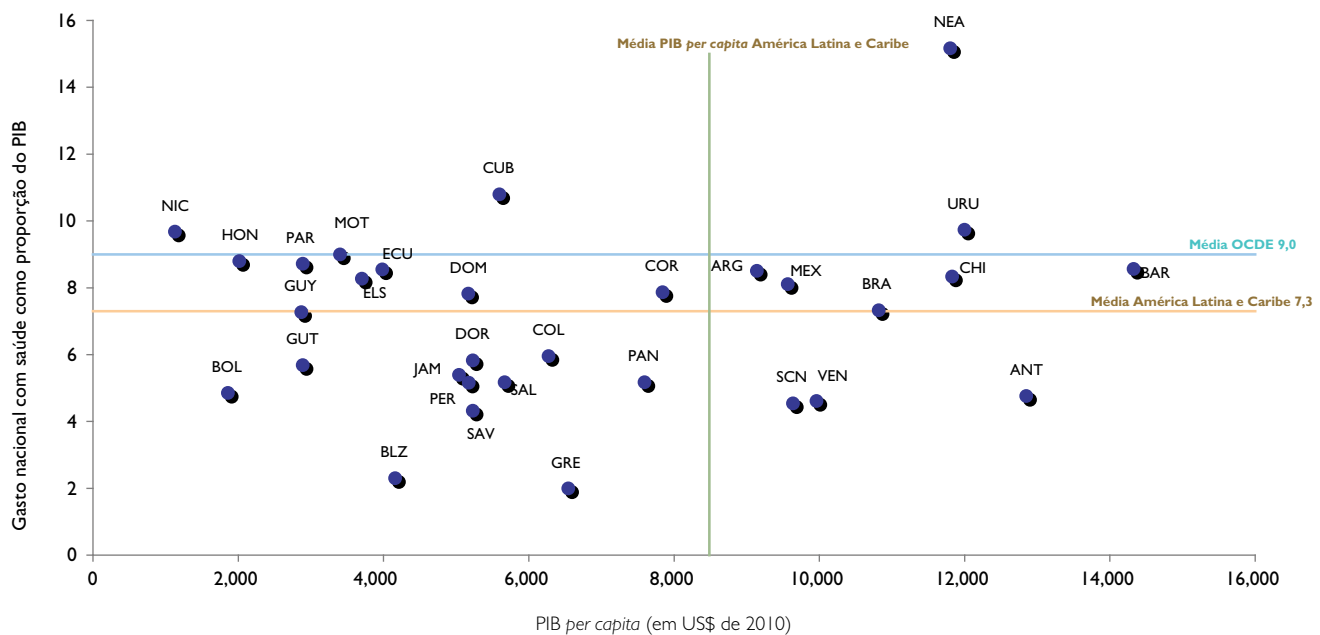
As evidências mostram que a renda *per capita* não explica totalmente as diferenças nacionais nos gastos com saúde *per capita*, o que indica que talvez outras variáveis estejam desempenhando papéis mais importantes nessa relação. O mesmo é válido para a relação entre os gastos totais em saúde como proporção do PIB e a renda *per capita*, como mostrado na Figura 5.1. Isso sugere que outros fatores importantes, como a existência ou falta de políticas de proteção social, a organização e gestão do sistema de saúde e a regulação do mercado da saúde, inclusive o de seguro de saúde privado e planos médicos pré-pa-

gos, podem explicar o nível dos recursos atribuídos à saúde melhor que a renda, quer *per capita* quer como proporção do PIB.

O IMPACTO DA CRISE ECONÔMICA MUNDIAL

Entre 2008 e 2010, a maioria dos países da Região aplicou políticas anticíclicas de gasto público para aliviar as repercussões econômicas da crise econômica mundial. A desaceleração econômica de 2008 e a recessão de 2009 foram compensadas pelo crescimento econômico de 2010. O gasto público com programas sociais, assim como saúde e previdência social, serviços maternos e programas curativos, foi mantido ou ampliado na maioria dos países da América Latina e do Caribe (1). O gasto público em bens e serviços relacionados com a atenção em saúde foi protegido em países gravemente afetados pela crise (Argentina, Guatemala e México) e manteve-se ou até aumentou em outros (Brasil, Colômbia, Equador, El Salvador, Honduras, Panamá, Paraguai e Peru). Contudo, alguns desses esforços talvez não sejam economicamente sustentáveis. Durante os anos anteriores à crise financeira mundial, a maioria dos países da América Latina e do Caribe experimentou um forte crescimento econômico e

FIGURE 5.1. Total health expenditure as a percentage of GDP and per capita GDP in the Americas



dinamismo fiscal. A maioria deles usou os benefícios da grande expansão econômica para avançar rumo ao fortalecimento de fundamentos econômicos e ampliação dos programas sociais. O aumento da oferta e do gasto, em particular, para as instituições de previdência social em alguns países, foi financiado por um atraso nos gastos de capital e/ou pela utilização de fundos emergenciais. Sem esquemas apropriados de financiamento, como o aumento de impostos ou das taxas de contribuição, a viabilidade fiscal e a sustentabilidade dos serviços de saúde podem se ver comprometidas em alguns países, como Costa Rica, Guatemala, Honduras e México (62-64).

ACESSO E QUALIDADE DE SERVIÇOS DE SAÚDE

OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A heterogeneidade dos serviços de saúde na Região das Américas manifesta-se na segmentação dos sistemas de saúde em, pelo menos, dois subsectores: o setor público, que com maior frequência inclui ministérios ou secretarias de saúde e instituições de previdência social, e o setor privado sem fins lucrativos e com fins lucrativos. A maioria dos serviços de saúde tanto no setor público como privado inclui dois componentes: atenção primária e atenção especializada. Muitos países têm um grande número de estabelecimentos de atenção primária, que prestam serviços ambulatoriais, incluídos os de promoção da saúde, serviços de prevenção e saúde pública e cuidados curativos. A atenção especializada é prestada por uma crescente variedade de serviços de saúde, que compreendem desde hospitais e centros de diagnóstico até instalações de cuidados de longa duração (65-67).

Não existe definição padrão do que é um hospital na Região. Segundo dados nacionais, há muitas instalações com capacidade de 10-60 leitos. Muitos são postos de saúde, centros de saúde ou unidades de atenção materna que não se enquadram como hospitais mas que os países assim os classificam. O percentual de estabelecimentos com 60 leitos ou menos nas sub-regiões oscila entre 14% e 75%, com números mais altos na América Central e EUA (68). A forma de classificar um hospital — quer distrital, geral, pro-

vincial, regional ou nacional — também varia de país para país e não há critério uniforme. É evidente que a classificação e categorização dos hospitais na Região precisam ser simplificadas e padronizadas.

Quanto à propriedade dos hospitais em toda a Região, 46% são de propriedade pública (89% vinculados aos ministérios da saúde e 11% de propriedade de instituições de previdência social). Contudo, esses números variam muito na Região. No México e EUA, por exemplo, 69% e 68% dos hospitais, respectivamente, são privados; enquanto em Cuba e América Central, 100% e 65% dos hospitais, respectivamente, são públicos. No Caribe de língua inglesa, 60% dos hospitais pertencem ao setor público, enquanto no Cone Sul e nos países andinos, esse número chega a 48% e 37%, respectivamente (61, 68).

O número de leitos hospitalares nas Américas diminuiu significativamente, passando de uma média de 2,4 por 1.000 habitantes em 2005 para 2,3 por 1.000 para 2010. No entanto, essas médias mascaram vastas disparidades na distribuição de leitos nos países, oscilando entre 0,6 por 1.000 habitantes na Guatemala e 6,7 por 1.000 nas Bermudas. A taxa média de alta hospitalar na Região é de 68,8/1.000 (61). Verifica-se que, em toda a Região, o setor público opera 48% dos leitos hospitalares e o setor privado com e sem fins lucrativos controla o restante. No entanto, há consideráveis variações geográficas: no Cone Sul, por exemplo, 36% dos leitos hospitalares dotados de pessoal são públicos e 64% privados; na Região andina, os leitos públicos representam 55% dos leitos hospitalares em funcionamento; na América Central e no Caribe de língua inglesa, 89% e 85% dos leitos, respectivamente, pertencem ao setor público; no México, os leitos públicos representam 67% do total; e nos EUA, aproximadamente 38% dos leitos pertencem ao setor público (54, 69).

O atendimento ambulatorial ou do nível primário no Caribe de língua inglesa é principalmente oferecido pelos serviços públicos, com apenas 10% sendo oferecido pelo setor privado. Na América Latina e no Caribe, 94,7% das aproximadamente 31.763 instalações de atenção primária são operados pelas autoridades nacionais de saúde; esses serviços realizam em média 2.674 consultas por 1.000 habitantes. A Região está claramente rumando à dependência crescente na cirurgia ambulatorial, nos hospitais-dia e na assistência domiciliar; essa tendência pode ser observada com maior intensidade na Argentina, Bra-

sil, Canadá, Cuba, Chile, México e EUA (59, 69, 70). Essa tendência é acompanhada de uma diminuição no número de leitos hospitalares e nos recursos atribuídos aos hospitais nos países com os sistemas de saúde mais avançados, como Canadá, Chile, Colômbia, Brasil, Peru e EUA.

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Em termos gerais, o acesso aos serviços de atenção à saúde tem melhorado extraordinariamente na Região a partir dos anos 1950, tanto quanto ao número e à proporção da população que recebe tratamento para seus problemas de saúde, como à disponibilidade e eficácia dos serviços de saúde para a população. A melhora do acesso à assistência tem contribuído para melhores resultados de saúde, taxas de imunização elevadas e erradicação bem-sucedida de doenças nas Américas.

Dito isso, alguns poucos países que ampliaram o acesso aos serviços tiveram escassas melhoras dos resultados de saúde. Por exemplo, um país do Caribe de língua espanhola com taxas sistematicamente elevadas de acesso à assistência pré-natal, ao parto assistido por pessoal de saúde capacitado e ao parto institucionalizado não conseguiu reduzir a mortalidade materna de 125 mortes por 100.000 nascidos vivos (70). Tal situação contrasta com a observada em outros lugares da América Latina, especialmente nos países cujos sistemas de saúde oferecem acesso quase universal à atenção à saúde sexual e reprodutiva. Esse paradoxo aparente associa-se a serviços precários de saúde sexual e reprodutiva oferecidos em centros de saúde do referido país. Isso é particularmente verdadeiro no setor público que, segundo o sistema de informação do país, responde por 76,0% dos nascimentos institucionais.

Embora o acesso à atenção em saúde seja quase universal entre os grupos de rendas mais altas na maior parte dos países da Região, a maioria dos pobres não consegue atendimento quando precisa. As evidências indicam que, aproximadamente 30% da população da Região não conseguem acessar a atenção em saúde por razões financeiras e 21% veem-se dissuadida a procurar atendimento devido a barreiras geográficas (60). As barreiras ao acesso ao atendimento têm efeitos cumulativos e sinérgicos nas populações afetadas. A desigualdade de acesso

à atenção em saúde está ligada às desigualdades sociais e de saúde. Por um lado, as pessoas com maiores meios e, frequentemente, com menores necessidades consomem mais atenção à saúde, enquanto aqueles que têm menos meios e maiores problemas de saúde consomem menos. Por outro lado, as desigualdades sociais na distribuição do acesso à atenção em saúde estão ligadas às disparidades nos resultados de saúde. Por exemplo, nos EUA, entre 2003 e 2006, 30,6% dos gastos diretos com atendimento médico para os afro-americanos, asiáticos e hispânicos foram custos adicionais decorrentes das desigualdades em saúde (71).

QUALIDADE DA ATENÇÃO

Melhorar a qualidade da atenção também significa fazer todo o possível para mitigar, reduzir ou eliminar resultados adversos do atendimento de saúde. À medida que os usuários se informam mais acerca da atenção, estão mais dispostos a expressar insatisfação pela qualidade dos serviços que recebem. Entre as queixas mais frequentes estão serviços ou tratamentos precários, instalações lotadas, falta de informação para o paciente, longas esperas para tratamento ou intervenção cirúrgica, horários ou dias de funcionamento inconvenientes, recusa de tratar pacientes que não podem pagar e estabelecimentos mal conservados (banheiros sem água ou sabonete, ou ainda fora de serviço) (72).

Um estudo recente realizado em cinco países latino-americanos entre 2007 e 2009 mostra que 10,5% dos pacientes internados sofreram algum tipo de evento adverso; 58,9% desses poderiam ter sido evitados e 19,8% foram considerados graves. Os hospitais participantes acusavam uma razão de eventos adversos de 11,85%. Os eventos mais frequentes eram relacionados com infecções hospitalares e procedimentos de atendimento a pacientes internados. Em média, os eventos adversos prolongaram as internações hospitalares em 16,1 dias (73).

DESAFIOS E AMEAÇAS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Apesar das melhoras no acesso aos serviços e nos resultados de saúde, como mencionado anteriormente, os serviços de saúde continuarão a ter desafios

e ameaças e reféns de fatores, tais como a elevada fragmentação do sistema de saúde e sua ineficiência para responder às exigências impostas pelo modelo existente de atenção. Outros fatores importantes incluem o envelhecimento da população, as crescentes repercussões das doenças crônicas, das mudanças climáticas e da urbanização, as quais também afetam a qualidade da atenção.

Por exemplo, os serviços médicos de emergência em cada país da Região tiveram que enfrentar as exigências impostas pela pandemia de H1N1 em 2009. Em 2010, a Região deparou-se com dois abalos sísmicos devastadores. Em janeiro, o terremoto do Haiti arrasou a infraestrutura de atenção à saúde do país, colocando à prova a capacidade dos programas internacionais de resposta a emergências e socorro na oferta de atendimento primário à população. Um mês depois, o terremoto do Chile abalou os serviços de emergência do país. E, em muitos países, os serviços de emergência experimentam gargalos devido a surtos de cólera, dengue, febre amarela e gripe sazonal.

Embora persista a necessidade imperiosa de fortalecer os serviços de emergência, poucos países implantaram programas projetados especificamente para isso. Canadá, México e EUA têm sistemas de emergência com fortes componentes pré-hospitalares como parte de seus serviços de atenção à saúde (74), mas outros países, como o Brasil, a Colômbia, Costa Rica, Chile, Cuba, Paraguai e Peru dependem de unidades móveis para proporcionar serviços de emergência (75). Segundo um estudo recente realizado na Colômbia, Costa Rica, Peru e Uruguai, embora o atendimento de emergência em hospitais varie amplamente entre países e dentro deles, o uso excessivo de serviços de emergência para atendimento não urgente é comum em todos eles (76). Essa prática abusiva é um indicador típico da falta de acesso à atenção primária em saúde. É enormemente oneroso para o sistema de saúde e desvia verbas necessárias de serviços de atenção primária mais eficazes para a população.

Na maioria dos países das Américas, os serviços de saúde continuam extremamente fragmentados, o que se traduz em falta ou deficiência de continuidade da atenção e em serviços que não satisfazem as necessidades e expectativas da população. O hospitalocentrismo, a fragmentação e a comercialização dos serviços de saúde (rejeição de pacientes considerados

incapazes de pagar) diminuem a capacidade dos sistemas de saúde de responderem às necessidades de atenção da população (19), geram desigualdades de acesso a serviços de saúde de qualidade e aumentam os custos devido a ineficiências. Para abordar esses problemas, é necessário resolver a fragmentação da organização da atenção em saúde. Nesse sentido, devem ser elaborados novos modelos de atenção, que refletem a realidade demográfica e epidemiológica vigente, para assegurar a oferta universal de uma assistência equitativa, integrada, integral, contínua e de boa qualidade.

O aumento dos custos da atenção decorrente da adoção de tecnologia de alta complexidade e medicamentos novos e a influência das forças do mercado exercem ainda mais pressão sobre os serviços de saúde da Região. Avanços como a genômica, a nanotecnologia e a proteômica podem indubitavelmente melhorar a atenção à saúde. Contudo, não tem sido fácil zelar para que seu uso seja apropriado e seguro e controlar seus efeitos sobre os custos da saúde.

A ineficiência dos sistemas e práticas de gestão também aumenta os custos da atenção na Região. Indubitavelmente, os serviços de saúde, em particular, os hospitais, são os sistemas mais complexos para administrar, mas a ineficiência atual gera desperdícios e vai de encontro à eficácia da atenção. Uma falta de conhecimento e de competência, acoplada a um uso deficiente da informação, obstaculizam o processo decisório e conduzem a intervenções inadequadas. Por exemplo, embora alguns gerentes procurem obter melhores e mais complexos sistemas de informação de gestão para seus serviços de saúde, há evidências de que o uso da informação e a análise dos dados são deficientes, ainda quando se dispõe de sistemas de informação avançados. Além disso, muitos serviços de saúde da Região não evoluem porque os gerentes não passam da decisão para a ação e não utilizam adequadamente a informação e os recursos disponíveis para melhorar os resultados dos serviços. Nos serviços de saúde que carecem de sistemas de avaliação do desempenho, essa fragilidade pode se tornar uma fraqueza crônica da gestão.

POLÍTICAS DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE

As políticas de tecnologias em saúde, como parte das políticas de saúde, fornecem o marco para estabelecer os objetivos de médio e longo prazo nos se-

tores público e privado, assim como para a elaboração de estratégias e mecanismos de avaliação e controle.

Embora poucos países da Região tenham políticas integradas de tecnologias em saúde, essas já estão começando a serem propostas. No Brasil, em 2010, a adoção de uma política nacional para a gestão de tecnologias em saúde, que engloba medicamentos, assistência farmacêutica, ciência, tecnologia e inovação em saúde é um exemplo interessante. Além disso, em anos recentes, vários países da Região intensificaram seus esforços para incorporar as tecnologias em saúde nos seus sistemas mediante o uso do kit de ferramentas da Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS).

Como parte da função de administração, a regulação das tecnologias em saúde deve cumprir os objetivos de proteção e promoção da saúde pública. Portanto, os países deverão fortalecer suas autoridades reguladoras. Em setembro de 2010, o Conselho Diretivo da OPAS aprovou a Resolução CD 50.R9 “Fortalecimento das Autoridades Reguladoras Nacionais de Medicamentos e Produtos Biológicos” (76), que insta aos países que avaliem suas autoridades reguladoras nacionais de medicamentos. Como resultado das avaliações realizadas até 2011, quatro países – Argentina, Brasil, Cuba e Colômbia – obtiveram a qualificação de “autoridades regionais de referência”.

Os processos de harmonização da regulamentação são uma ferramenta fundamental para corrigir as assimetrias entre os sistemas regulatórios e oferecem aos países – especialmente os menos desenvolvidos – vantagens para saúde, econômicas e técnicas. A Rede Pan-Americana para a Harmonização da Regulamentação Farmacêutica (Rede PARF) já vem trabalhando há 14 anos de forma contínua e é composta por autoridades reguladoras sanitárias, associações das indústrias farmacêuticas, organizações não governamentais, associações profissionais, a academia e a OPAS (76). Os países da Região têm participado ativamente nas atividades da Rede, por meio de debates sobre estratégias, programas de capacitação e da elaboração de documentos técnicos que apoiam as diversas funções de regulação e a incorporação pelos países desses documentos em seus marcos legislativos.

Desde 2004, o Brasil conta com uma política de preços de novos medicamentos baseada na ATS, enquanto em 2009, a Argentina criou a Unidade de

ATS para coordenar estudos sobre ATS em 14 instituições do país. O Uruguai publicou em 2010 um decreto que ordena a realização de avaliações econômicas para os medicamentos financiados pelo Fundo Nacional de Recursos. Em 2011, a Colômbia aprovou a legislação que estabelece a criação do Instituto Nacional de Avaliação de Tecnologias em Saúde, enquanto o México formulou novos critérios para a incorporação de tecnologias na matriz básica a partir de estudos de custo-efetividade.

Adicionalmente, os países do Mercosul (através de sua Subcomissão de Avaliação e Uso de Tecnologias em Saúde) e os países andinos deram um passo relevante na área de avaliação de tecnologias em saúde com a aprovação de guias metodológicos que promovam e facilitem a troca de experiências e atividades de capacitação entre os países do hemisfério. Foi precisamente a necessidade de buscar sinergias e evitar a duplicação de esforços na realização de estudos de ATS que motivou os países a organizarem, em 2011, a Rede de Avaliação de Tecnologias em Saúde das Américas (RedETSA). Doze países integraram inicialmente essa rede, composta por autoridades nacionais de saúde e organizações de excelência em ATS, cujo escopo é fortalecer suas capacidades para sustentar as decisões sobre inovação, adoção, desenvolvimento e uso das tecnologias em saúde.

INOVAÇÃO E TECNOLOGIAS EM SAÚDE

Nas Américas existe um renovado interesse na promoção de sistemas de inovação, desenvolvimento e produção de tecnologias em saúde. Os países da Região participaram de maneira decisiva na adoção da Estratégia Mundial e o Plano de Ação sobre a Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual (77) e sua Perspectiva Regional (78), demonstrando seu compromisso político em trabalhar cooperativamente nesse tema. Dito isso, os sistemas de inovação e produção de tecnologias em saúde na América Latina e no Caribe variam notavelmente de país para país. Mesmo em países como Brasil e Cuba, onde se conseguiram grandes avanços nessa área, as conquistas se restringem a certas tecnologias específicas sem abordar muitas das prioridades dos sistemas de saúde quanto ao uso de outras tecnologias essenciais.

A Região enfrenta um duplo desafio. Um deles é que hoje não conta com os produtos necessários para

combater ou prevenir muitas das doenças negligenciadas, que afetam principalmente as populações mais vulneráveis das Américas. Por outro lado, a carga de doenças crônicas sofridas pelos países exige um investimento significativo em produtos de saúde caros (79, 80). Os países têm tomado medidas para reverter essa situação como, por exemplo, atribuindo maior investimento para o desenvolvimento de novas tecnologias e criando marcos normativos que promovam a inovação em saúde (81).

Os mecanismos de integração sub-regional como a União de Nações Sul-americanas (UNASUL), o Órgão Andino de Saúde (ORAS) e o Mercosul e Estados Associados adotaram os elementos centrais da estratégia de integração global. A Região continua a priorizar a gestão dos direitos de propriedade intelectual a partir da perspectiva da saúde pública. Para isso, a Bolívia e o Paraguai adotaram um instrumento denominado “consentimento prévio”, similar ao que o Brasil tem para a revisão de patentes pela autoridade reguladora de medicamentos. Outro assunto que merece destaque é a cessão, por parte dos Institutos Nacionais de Saúde dos EUA, de patente associada a um antirretroviral à carteira comum de patentes criada pelo Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos (UNITAID). Além disso, os países aproveitaram as flexibilidades previstas no Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados com o Comércio (ADPIC): no Equador, por exemplo, com a utilização de licenças obrigatórias pelas autoridades nacionais, e na Colômbia, com a inclusão do mecanismo de importação paralela na sua legislação.

Há muitos e diversos exemplos demonstrando as ações concretas de governos e outros atores importantes no intuito de reduzir o fosso que dificulta o acesso a tecnologias essenciais em saúde. Por exemplo, a Argentina aprovou uma lei que criou o Programa Nacional de Produção Pública de Vacinas, Soros, Reagentes e Medicamentos, cujo objetivo é promover o acesso a medicamentos, vacinas e outros produtos médicos e propicia o desenvolvimento científico e tecnológico por meio de laboratórios de produção pública. A vontade política e de cooperação dos principais atores traduziu-se no desenvolvimento de redes dinâmicas que transcendem as barreiras institucionais e as fronteiras geográficas. Por exemplo, o uso de fitoterápicos conta com a Rede Andina de Pesquisa e Desenvolvimento de Fitoterápicos da Amazônia (RAPMA).

Os estados das Américas priorizaram em suas agendas o tema da inovação de tecnologias em saúde. Embora persistam lacunas – falta de articulação com o setor privado, o setor privado não aproveita a plethora de achados científicos gerados pela academia e as conquistas alcançadas nesse campo variam de país para país – a Região está prestes a se tornar um ator principal na inovação de tecnologias em saúde e resolver as necessidades de tecnologias em saúde essenciais e estratégicas para seus habitantes.

MEDICAMENTOS, SERVIÇOS E POLÍTICAS FARMACÊUTICAS

Em termos de produtos farmacêuticos, os países operam através de redes para promover a troca de informações e a sinergia. Além da Rede Pan-Americana para a Harmonização da Regulamentação Farmacêutica (Rede PARF) (82) criada há 14 anos, em 2011, fundaram-se a – já mencionada – RedETSA e a Rede de Centros de Informação sobre Medicamentos da América Latina e do Caribe (Rede CIMLAC) para promover a análise crítica e informações independentes sobre medicamentos.

Todas as sub-regiões contam com uma política farmacêutica própria: a política andina, atualizada em 2009; a do Mercosul, em 2002; a centro-americana, 200; e a do Caribe, em 2011. Em 2010, de acordo com informações coletadas em 23 países da Região como parte do projeto desenvolvido pela OMS sobre o perfil farmacêutico nacional, 10 países (43,5%) contavam com uma política farmacêutica oficial e, deles, somente 7 (30,4 %) tinham um plano de implementação (83). O projeto de perfis farmacêuticos nacionais foi desenvolvido em nível global pela OMS entre 2010 e 2011. O questionário de coleta de informações inclui indicadores relacionados a todas as áreas relacionadas com medicamentos. Em 2011, foram coletadas informações de 23 países. Até 2010, eram coletadas informações sobre a situação farmacêutica dos países, mas as perguntas foram reformuladas nesse ano (2010), de modo que não é possível realizar comparações com os períodos anteriores.

Um estudo sobre o conteúdo das políticas disponíveis mostrou que a maioria aborda temas como a promoção de medicamentos essenciais, boas práticas de manufatura, regulação da propaganda e publicidade de medicamentos e boas práticas de aquisição. Porém, não priorizam outras questões importantes sobre

a gestão de medicamentos, tais como a independência da autoridade reguladora, a regulação e o acesso a fitoterápicos e os acordos relacionados aos direitos de propriedade intelectual. A Política Andina de Medicamentos incluiu o desenvolvimento de serviços farmacêuticos como uma estratégia para melhorar o acesso a medicamentos, reconhecendo a estreita relação que há entre acesso e uso racional de medicamentos (84).

A incorporação dos medicamentos como parte das garantias na saúde é crucial para assegurar o acesso universal aos serviços de saúde. Em 2010, dos 20 países que responderam a essa pergunta no perfil farmacêutico, 90,0% contavam com um sistema público de saúde ou de previdência social que fornece gratuitamente aos pacientes os medicamentos contidos na Lista de Medicamentos Essenciais (LME). Também, em 85,7% dos 21 países que responderam, o referido programa ou plano de seguro cobre medicamentos para o tratamento de doenças não transmissíveis. Em relação ao co-pagamento, em 39,1% (9/23) dos países da amostra, existe esse requisito no ponto de dispensação (84). Esse percentual é alto se levado em conta que a OMS estabelece que todo tipo de pagamento direto da pessoa no momento do atendimento representa uma barreira ao acesso aos serviços de saúde.

A cobertura farmacêutica tem mostrado um impacto no acesso a medicamentos. Estimativas do gasto com produtos farmacêuticos (indicador de acesso) em 21 países da América Latina sugerem que os desembolsos realizados pelas instituições públicas em 2008 foram responsáveis por apenas 22% do total gasto, enquanto 78% correspondem a gasto direto das famílias. Nesse sentido, o gasto direto médio anual *per capita* em medicamentos na América Latina e no Caribe para o mesmo ano foi de US\$ 97, com valores oscilando entre um mínimo de US\$ 7,50 na Bolívia e um máximo de mais de US\$160 na Argentina e no Brasil, evidenciando o fosso farmacêutico que existe na Região (85).

Os países da América Latina e do Caribe também avançaram no reconhecimento da estreita relação entre acesso e uso racional de medicamentos como forma de articular necessidade, eficácia, segurança e utilização, tal como destacado na Política Farmacêutica da Sub-Região Andina (85). Para sustentar essa perspectiva mais além de intervenções isoladas, Bolívia e Nicarágua iniciaram, em 2010, uma estratégia integral de uso racional de medicamentos baseada numa

proposta regional (86), à qual também outros países estão aderindo.

Vários países da América Latina e do Caribe priorizaram a seleção de medicamentos essenciais baseada em evidências por seu comprovado impacto na promoção do uso mais eficiente desses produtos. Em 2007, 24 países informaram ter uma lista de medicamentos essenciais (LME) atualizada e 16 contavam com formulários terapêuticos nacionais atualizados. Havia 24 países que contavam com comitês de farmacoterapia, dos quais 12 tinham diretrizes terapêuticas nacionais atualizadas. Uma pesquisa de 2010 (83) confirmou a mesma proporção de países com LME, e foi nesse ano que o CARICOM desenvolveu uma lista de medicamentos essenciais para uso em situações de desastre. Embora a maioria dos países da América Latina e do Caribe indique que utiliza a lista de medicamentos essenciais para aquisições do setor público, não parece lhe atribuir a devida importância enquanto ferramenta de referência para os serviços de saúde, prescritores e dispensadores. De qualquer modo, são vários os desafios que subsistem em relação ao uso racional de medicamentos. Por exemplo, um estudo realizado entre 2005 e 2008 em quatro países da Região estimou um uso inadequado de antibióticos administrados em mais de 50% dos pacientes, enquanto na pesquisa de 2007, apenas 12 países indicaram que possuíam uma estratégia de contenção da resistência antimicrobiana (87).

Segundo dados de 2008, 17 países da América Latina e do Caribe possuíam uma normativa geral para todos os medicamentos, embora essa não contemplasse as especificidades dos produtos biológicos, que cresceram rapidamente, dada sua importância na prevenção, no diagnóstico, controle e tratamento de doenças.

Entre os mecanismos selecionados para melhorar o acesso a medicamentos, a adoção de estratégias para o uso de genéricos não avançou como esperado, possivelmente porque ainda não há consenso geral sobre sua definição e porque existem muitos preconceitos e desinformação sobre sua qualidade (88). Em 2010, em uma amostra de 23 países, a prescrição de genéricos no setor público havia sido incorporada em 79% dos países (17 países) e 26,1% (7 países) no setor privado (83). Por outro lado, a substituição de genéricos nas farmácias é permitida no setor público em 100% dos países da amostra, enquanto no setor privado é permitida em 72,7% dos países (83).

Na maioria dos países da América Latina e do Caribe, o abastecimento de medicamentos está fragmentado e segmentado – assim como os serviços de saúde. Essa situação se traduz em duplicidade de esforços, execução ineficiente dos recursos e pior qualidade dos serviços. No entanto, países como Costa Rica, Cuba e Peru têm sistemas de fornecimento de produtos farmacêuticos centralizados num modelo único integrado. Além disso, nove países do Caribe membros da Organização dos Estados do Caribe Oriental (OECS) adquirem seus medicamentos de maneira conjunta por meio de uma agência autônoma de compras, o que permite aproveitar as economias de escala e exercer o controle de qualidade.

Também se empreenderam iniciativas de compra conjunta de medicamentos de alto custo e de difícil disponibilidade, como é o caso dos países da América Central e República Dominicana, os quais em 2008 negociaram 37 produtos farmacêuticos com uma importante redução de custos, que atingiu 46%. Da mesma forma, a sub-Região andina adotou uma resolução de compra conjunta de medicamentos prioritários através do Fundo Estratégico da OPAS. Também implementaram-se “observatórios de preços” tanto no Sistema de Integração Centro-Americana como no Mercosul e nos países da sub-Região andina. Nos últimos cinco anos, 19 dos 23 países que participaram do Fundo em 2011 utilizaram o Fundo Estratégico da OPAS para a aquisição de medicamentos e insumos de saúde pública, conseguindo, desse modo, preços mais competitivos e redução do custos através de economias de escala (89).

Os esquemas de vacinação do setor público na América Latina e do Caribe também obtiveram resultados importantes, conseguindo níveis de cobertura situados entre os mais altos do mundo: por exemplo, 90% das crianças da Região até um ano de idade haviam sido vacinadas com DPT/Pentavalente em 2010. Diante dos altos custos das denominadas novas vacinas e da emergência gerada pela gripe A (H1N1), os países reconheceram a necessidade de fortalecer a capacidade de produção regional. Um elemento fundamental para o sucesso dos programas de imunização foi a criação de um Fundo Rotativo, em que participam a maioria dos países da Região que pode ter acesso a 28 antígenos pré-qualificados pela OMS.

Quanto à farmacovigilância, 18 países indicavam uma tendência ao aumento dessa função em 2007. Alguns países, como Argentina e Colômbia, estão am-

pliando o alcance das práticas padronizadas nessa área, enquanto outros participam em sistemas de integração que adotaram documentos de referência regional de farmacovigilância (82). Em 2004, por exemplo, implementou-se a rede sentinela de vigilância para rotavírus e pneumonias e meningites bacterianas, e a partir de 2009, 15 países e territórios possuíam dados de rotavírus e 9 sobre pneumonias e meningites bacterianas.

Em termos de laboratórios oficiais de controle de qualidade de medicamentos, que apoiam a função reguladora, estabeleceu-se uma rede composta por 21 países. Nos últimos anos, desenvolveu-se um sistema de avaliação de laboratórios para reconhecer essas instituições como referência internacional, habilitando-os para realizar controles de qualidade dos medicamentos adquiridos pelos órgãos internacionais. Durante 2010 e 2011, os laboratórios de Bolívia, Brasil, Peru e Uruguai foram pré-qualificados como laboratórios de referência internacional para as Nações Unidas.

SERVIÇOS DE SANGUE E TRANSPLANTES

Quase todos os países da América Latina e do Caribe têm leis específicas que regulam os serviços de sangue (Chile, El Salvador e México não têm leis específicas). Não obstante, a gestão dos ministérios da saúde nesse campo permanece fraca, mesmo em países que contam com uma entidade reguladora. Vale destacar que a Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Cuba, Guatemala, Honduras, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai e Venezuela possuem uma entidade normativa. Há também órgãos nacionais que coordenam as atividades relacionadas ao sangue, como a Caixa Costarriquense de Previdência Social, o Hemocentro Nacional da Cruz Vermelha Equatoriana, a Unidade de Vigilância Laboratorial de El Salvador, o Centro Nacional de Transfusão Sanguínea do México, o Centro Nacional de Diagnóstico e Referência de Nicarágua e o Programa Nacional de Segurança Transfusional do Haiti. No restante dos países, tal coordenação está sob a responsabilidade dos bancos de sangue hospitalares ou os centros nacionais de transfusão.

Entre 2005 e 2009, o número de unidades de sangue coletadas na Região aumentou de 8.059.960 para 9.166.155 (Tabela 5.5) (90-95), com aumento também na taxa de doação para o período, de 145 para 157,4 por 10.000 habitantes. Em 2009, 29 países co-

letaram mais unidades que em 2005. Naquele mesmo ano, Cuba, Antilhas Holandesas e Uruguai reduziram os valores de coleta anual, porém tiveram as taxas mais altas de doação, 295, 360 e 274 por 10.000 habitantes, respectivamente. Bolívia, Guatemala, Haiti, Honduras, Jamaica, Peru, República Dominicana e São Vicente e Granadinas registraram taxas abaixo de 100 (88). A doação voluntária na América Latina e no Caribe aumentou de 2.950.018 doações em 2005 para 3.308.996 em 2009, enquanto os doadores remunerados em Honduras, Panamá, Peru e República Dominicana diminuíram de 15.507 para 11.323 no mesmo período. Em 2009, Antilhas Holandesas, Cuba e Suriname tiveram doação voluntária universal.

Em 2009, a triagem para marcadores de doenças transmissíveis por transfusão (DTT) identificou 319.996 unidades positivas na Região, restando 8.846.159 unidades disponíveis, o equivalente a 151,9 por 10.000 habitantes. A proporção de unidades com marcadores positivos variou de zero nas Antilhas Holandesas para 16,6% no Paraguai (mediana 3,1%) (90-96). A disponibilidade nacional de sangue foi comprovadamente inversamente relacionada com a taxa de mortalidade materna (97). Embora os programas de qualidade do sangue tenham melhorado significativamente na América Latina e no Caribe e a triagem de DTTs tenha aumentado entre 2005 e 2009, a triagem de DTTs não conseguiu atingir 100%. Em 2005, 95.962 unidades não foram testadas para hepatite C, número que diminuiu para 2.861 em 2009 (96). As unidades submetidas à triagem em 2009 foram 1.708 para HIV, 1.371 para hepatite B, 1.535 para sífilis e 288.405 para *Trypanosoma cruzi*. Seis países não realizaram o teste universal (96). Estima-se que foram transfundidas 10 unidades com HIV, 7 com VHB, 16 com VHC e 1.187 com *T. cruzi*. Em 2009, todos os países do Caribe, exceto Barbados e a Jamaica, participaram de programas de avaliação externa do desempenho da triagem. Guatemala e Paraguai não tinham programas nacionais. A avaliação do desempenho em imunohematologia foi limitada (88).

Em 2005, descartaram-se por vencimento 610.375 unidades de hemácias ou sangue total; esse número foi 981.253 em 2009. O valor monetário das unidades de hemácias vencidas e com DTTs foi de US\$ 47.547.976 em 2005 e de US\$ 72.869.944 em 2009. O alto número de centros processadores de unidades de sangue e a falta de procedimentos técnicos e administrativos padronizados foram os fatores princi-

pais para o descarte do sangue. De 9.166.155 unidades coletadas em 2009, transfundiram-se 7.864.906, ou 135,1 por 10.000 habitantes (88, 90).

Embora a maioria dos países da Região tenha programas de transplante renal e leis reguladoras sobre transplantes, nem todas estão abrangentes o suficiente para incluir o diagnóstico de óbito, as formas de autorização, a proibição do comércio de órgãos, restrições sobre o uso de doadores vivos que não sejam parentes e controle da distribuição de órgãos e tecidos, assim como o controle de qualidade e segurança para doadores e receptores. Além disso, embora os transplantes estejam se integrando cada vez mais como componente sistemático da atenção à saúde nos países da América Latina e do Caribe, o seu acesso é limitado nos países de rendas baixas ou médias. A taxa de doadores e de transplantes por milhão de habitantes na Região permanece baixa, e mais de 42% são de doadores vivos (98).

As resoluções e os protocolos internacionais sobre os princípios da utilização de células, tecidos e órgãos baseiam-se no interesse dos países sobre o tema, principalmente considerando a mudança do perfil populacional na Região e o aumento alarmante de pacientes com patologias que requereriam transplante ao longo de evolução da doença. Embora alguns países possuam organizações nacionais ou regionais para administrar o processo de doação-transplante, o número de coordenadores hospitalares de transplante é insuficiente e a maioria dos hospitais não os possui. Em 2010, realizaram-se 12.973 transplantes na América Latina, dos quais 10.112 foram de rim (42,4% de doadores vivos); 2.168 de fígado (7,7 % de doadores vivos), 350 de coração, 120 de pulmão, 210 de pâncreas e 13 intestinais (98).

SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM E RADIOTERAPIA

As normas internacionais para serviços radiológicos estabelecem que os países contem com uma infraestrutura reguladora nacional para a segurança e a proteção radiológica (99, 100). Contudo, apenas 21 países da América Latina e do Caribe têm autoridades reguladoras nessa área, porém a capacidade técnica e os recursos não são suficientes para cumprir as funções requeridas.

A Região está se beneficiando parcialmente do desenvolvimento vertiginoso de tecnologias inter-

TABELA 5.5 Sistemas nacionais de sangue, América Latina e Caribe, 2005 e 2009

Variável	2005	2009	Diferença
Unidades coletadas	8.059.960	9.166.155	1.106.195
Taxa de doação por 10.000 habitantes	145	157,4	12,4
Doadores voluntários	2.950.018	3.308.996	358.978
(N° e %)	-36,60%	-36,60%	0
Doadores remunerados	15.507	11.323	-4.184
(N° e %)	-0,19%	-0,12%	-0,0007
Unidades separadas em componentes (média)	77%	90%	13%
Triagem (%) para marcadores de:			
HIV	98.910	99.981	1.071
Hepatite B	98.834	99.985	1.151
Hepatite C	98.809	99.968	1.159
T. cruzi	87.065	96.583	9.518
Países com triagem incompleta	Belize, Bolívia, Chile, Colômbia, Dominica, Guiana, Haiti, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, St. Kitts e Nevis, Territórios Britânicos	Antígua e Barbuda, Dominica, México, Peru, St. Kitts e Nevis, Territórios Britânicos	-9
Unidades com marcadores ITT	238.696	319.996	81.300
N° e prevalência (média)	-3,11%	-3,09%	-0,0002
Número de unidades de hemácias vencidas	610.375	981.253	370.878
Descarte total anual (N° de unidades)	849.071	1.301.249	452.178
Custo de unidades descartadas (US\$ 56/ unidade)	47.547.976	72.869.944	25.321.968

Fonte: Referências (90-95).

vencionistas nos serviços de diagnóstico por imagem e radioterapia. Conforme o seu nível de renda, os países têm incorporado, em menor ou maior grau, tecnologias de ponta, principalmente no setor privado. Nos países de renda média, o número de equipes de tomografia computadorizada por habitante é três vezes menor que os de alta renda, e só quase 40% desses equipamentos pertencem ao setor público (101). O fato de o planejamento desses serviços e da gestão dessas tecnologias nem sempre serem adequados é uma questão preocupante. Além disso, os custos de aquisição e manutenção são mais elevados que nos países industrializados, e a distribuição geográfica e os tempos de uso não são eficientes o bastante.

Em geral, os países em desenvolvimento enfrentam vários desafios ao adotarem essas tecnologias, uma vez que quase sempre estão projetadas para serem usadas em países industrializados (72). Daí, muitas unidades de equipamentos complexos são subutilizadas ou se encontram avariadas devido ao nível precário da manutenção nesses países. A causa fundamental do subaproveitamento consiste na gestão ineficaz das referidas tecnologias, incluindo a falta de planejamento necessário para o funcionamento dos serviços antes da incorporação tecnológica (102).

Estima-se que no mundo todo são realizados 3,6 bilhões de exames diagnósticos por raios X ao ano, mas esse número mascara a ampla diferença nas taxas de diagnósticos radiológicos entre os pa-

íses em desenvolvimento e os industrializados. Na América Latina e no Caribe, os países com um nível intermediário de desenvolvimento em saúde (22) realizam, anualmente, 400 estudos radiológicos por 1.000 habitantes, enquanto nos de baixo nível de desenvolvimento em saúde (5) não houve crescimento no período 1997-2007, mantendo-se em 30 por 1.000 habitantes. Nos países industrializados, esse número aproxima-se de 1.700 estudos por 1.000 habitantes (103). Estima-se que mais da metade da população mundial não tenha acesso a serviços de diagnóstico por imagem (101).

Quanto à radioterapia, as unidades de cobaltoterapia persistem numa tendência de uso decrescente (40% usadas na América Latina e no Caribe e 10% nos países industrializados), enquanto o uso de aceleradores lineares (60% na América Latina e no Caribe e 90% nos países industrializados) continua aumentando (104). Além disso, embora a capacidade dos serviços de radioterapia tenha melhorado nos últimos, a maioria dos países da Região ainda carece de tecnologia e recursos humanos para prestar esses serviços adequada e oportunamente. Essa é uma questão grave, uma vez que as neoplasias malignas são a segunda causa de óbito na Região (70). Em 2010, os países industrializados tinham 6,6 unidades de teleterapia por milhão de habitantes, enquanto a América Latina e o Caribe tinham 1,3 unidades, com alguns países muito abaixo desse valor ou sem esses serviços. Havia 7,8 radioterapeutas e 4,4 físicos médicos por milhão de habitantes nos países industrializados, diante de 2,2 e 1,0 na América Latina e no Caribe, respectivamente (104).

Os avanços tecnológicos em diagnóstico por imagem e radioterapia estão mudando as doses de radiação recebidas pelos pacientes. Por exemplo, na mamografia digital, a dose de radiação por exame diminuiu graças às melhoras nos sistemas de detecção, enquanto na tomografia computadorizada experimentou um aumento importante na dose de radiação, principalmente pela contribuição da radiologia diagnóstica. Também aumentou a proporção de crianças submetidas a esses estudos, as quais tem um maior risco de câncer induzido pela radiação do que os adultos (105). A correta prescrição de diagnóstico por imagem baseado em evidências melhora a qualidade do atendimento e otimiza os recursos do sistema de saúde, eliminando exames que não beneficiam os pacientes. Não obstante, o

uso desses recursos continua sendo um desafio na Região, embora alguns países (como Argentina, Canadá e EUA) já disponham de protocolos de referência, e outros (como Colômbia e México) estejam em processo de desenvolvê-los (106-108).

Os programas de garantia de qualidade para conseguir diagnósticos precisos ou terapias eficientes melhoram a clareza da imagem e diminuem a dose de radiação que recebem tanto o paciente como os trabalhadores de saúde (102). Um estudo realizado em 2008 em hospitais sentinelas comprovou a má qualidade dos raios-x torácicos pediátricos e que havia grandes diferenças nas doses de radiação e na qualidade das imagens. Além disso, a falta de profissionais e técnicos adequadamente capacitados, particularmente físicos médicos, põe em risco a segurança dos pacientes (109, 110). Continuam-se produzindo eventos adversos em pacientes que recebem radioterapia em países industrializados e em desenvolvimento, com danos potenciais para sua saúde e até óbito. Um exemplo é a situação observada em Trinidad e Tobago em 2010, em que mais de 200 pacientes foram superirradiados e as consequências na sua saúde estão sendo avaliadas. Noutro evento na Costa Rica, 115 pacientes foram afetados; 2 anos depois, pelo menos 17 pacientes haviam morrido. Similarmente, no Panamá foram afetados 500 pacientes, 28 dos quais receberam uma forte superirradiação e 8 morreram (110, 111), causando grande inquietação nas autoridades sanitárias, agências reguladoras, nos pacientes, meios de comunicação e no público geral.

GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DOS RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE

Embora a situação dos recursos humanos para a saúde mostre diferenças importantes na Região, a falta, em números absolutos, de profissionais de saúde observada em muitos países, os problemas generalizados de distribuição refletidos na superconcentração da força de trabalho nas grandes cidades e os desequilíbrios nos perfis ocupacionais e nas competências prevalentes são todos objeto de muita preocupação. Essa realidade adquire novas tensões ocasionadas pelo envelhecimento da população, pela migração interna e externa dos profissionais em busca de melhores condições de trabalho e

de vida e pela evolução das necessidades em saúde, particularmente a carga crescente das doenças não transmissíveis (112).

Apesar das questões preocupantes descritas acima, o desenvolvimento de políticas, estratégias e planos de recursos humanos, bem como a cooperação entre os países na busca de respostas efetivas para seus problemas mais urgentes evidenciaram um dinamismo sustentado. Um elemento fundamental nesse sentido tem sido o fortalecimento da capacidade de gestão estratégica dos recursos humanos por parte dos ministérios da saúde, de modo a viabilizar as políticas setoriais de acesso universal e de ampliação da cobertura de serviços no marco da renovação da atenção primária em saúde. Muitos países investiram no desenvolvimento de capacidades de liderança nessa área, por meio de processos dinâmicos de formação e de profissionalização da gestão de recursos humanos, acompanhados de uma reestruturação organizacional e maior nível hierárquico das direções de recursos humanos dentro da estrutura organizacional.

As políticas de recursos humanos na Região focaram no aumento da disponibilidade de trabalhadores da saúde e sua melhor distribuição, colocando competências adequadas nos lugares adequados (principalmente nas equipes de saúde da família para a atenção primária em saúde em comunidades vulneráveis ou remotas), na elaboração de estratégias de recrutamento e de retenção de profissionais em regiões subassistidas, na melhoria das condições contratuais e de trabalho, no estabelecimento de mecanismos de articulação de intervenções e programas de capacitação junto às instituições e ao setor educativo no intuito de obter as mudanças desejadas no modelo de atenção à saúde. Alguns estudos documentaram uma relação positiva entre o aumento da densidade de trabalhadores da saúde ou da cobertura por equipes de saúde da família e melhores indicadores de saúde, entre eles, a mortalidade materna (113).

Produziram-se novos consensos acerca dos recursos humanos para a saúde nos países da Região, no final do período 2006–2010. Um deles consiste no reconhecimento da pressão crescente das doenças crônicas sobre os serviços de saúde, situação que exige melhor previsão e planejamento das futuras necessidades de recursos humanos, a implantação de marcos regulatórios que facilitem a otimização

da utilização dos diversos integrantes das equipes de atenção e a construção de modelos de gestão de pessoal. Um segundo tema de consenso refere-se à necessidade de melhorar o desempenho dos profissionais da saúde e aumentar a produtividade para superar as ineficiências atuais. O terceiro ponto consiste na necessidade de maior convergência com o setor da educação na construção de estratégias conjuntas de fortalecimento das redes serviços de saúde integradas e com base territorial, assim como o implementação de redes de aprendizagem que aproveitem as novas tecnologias da informação e a comunicação para assegurar um atendimento de qualidade e focado nas pessoas e nas comunidades (76). Dito isso, o principal desafio no contexto internacional atual é a estabilização da força de trabalho em termos de necessidades da saúde, o que demanda estratégias criativas de gestão da mobilidade e da migração dos profissionais da saúde (10).

DISPONIBILIDADE E DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE

No seu relatório, a OMS propõe uma relação de recursos humanos para a saúde (médicos, enfermeiras e parteiras) de 25 profissionais por 10.000 habitantes para garantir o nível mínimo recomendável de cobertura das intervenções básicas da saúde pública (10). Essa proposta baseia-se no estudo sobre o déficit mundial de profissionais realizado pela Iniciativa Conjunta para a Aprendizagem (*Joint Learning Initiative*), em que se sugere que nos países com menos de 2,5 profissionais da saúde (médicos, enfermeiras e parteiras) por 1.000 habitantes seja impossível aumentar para 80% a proporção de mulheres atendidas no parto por pessoal qualificado ou a cobertura de imunização contra o sarampo.

Embora tenham sido observados avanços na disponibilidade de recursos humanos em muitos países, alguns inclusive superando a meta, há outros que ainda devem realizar esforços para se aproximar da relação estabelecida. Vale também frisar que essa informação não indica a distribuição de profissionais no interior de cada país, quer geograficamente quer na relação público-privado. Como exemplo, a seguir, analisa-se a situação de dois países: a do Chile – um país que supera a meta – e a do Peru – país que mesmo tendo algumas conquistas, ain-

da não a atingiu devido ao fenômeno da migração, dentre outros fatores. A Figura 5.2 mostra a situação dos recursos humanos na América do Sul no período 2009-2010.

Em 2009, o Chile registrava quase 30.000 médicos, com uma razão próxima a 18 médicos para cada 10.000 habitantes. Contudo, ao analisar sua distribuição geográfica, verifica-se que 73% desses profissionais estão na zona central próxima da capital, com uma razão de 21,2 médicos por 10.000 habitantes, enquanto na Região norte do país, essa razão cai para 12 por 10.000, ou seja, quase a metade do observado na Região central (92).

No Peru, 47,7% dos profissionais da saúde se concentram em Lima e Callao. Também aqui há contrastes entre diversas regiões do país – por exemplo, entre Lima, em que há 15 médicos para cada 10.000 habitantes, e a Cidade de Ayacucho, em que há somente cinco médicos por 10.000 habitantes. Em ambos os países, a forte presença dos profissionais nas zonas urbanas, especialmente nas próximas à capital, tem uma relação direta com a alta concentração dos profissionais da saúde na área hospitalar, em detrimento das práticas comunitárias baseadas no modelo de atenção primária.

A MIGRAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

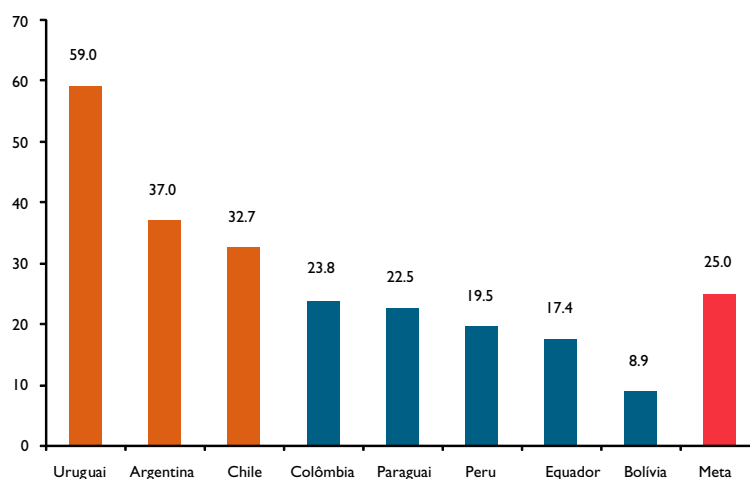
A migração dos profissionais da saúde constitui um problema crescente nas Américas, com um forte impacto nos países do Caribe e em alguns países da América Central, e com efeitos incipientes na América do Sul. O fenômeno migratório, precisamente pelos problemas criados nos sistemas de saúde, está sendo abordado em vários fóruns internacionais que buscam meios efetivos para enfrentar a situação. Um fator chave da migração é o recrutamento internacional ativo, tema que foi objeto central da agenda da Confe-

rência Ibero-americana de Ministros e Ministras da Saúde (Montevideu, 2006), e tem sido incluído em recentes resoluções da OMS e da OPAS.

Estima-se que, no Caribe de língua inglesa, o número de enfermeiras que trabalham no exterior supera em três vezes o número daquelas que trabalham nos países de formação. Os principais destinos são EUA, Reino Unido e Canadá (114). Nessa sub-Região em seu conjunto, 42% dos cargos de enfermeiras estão vagos por causa da emigração, sendo a Jamaica (58,4%) e Trinidad e Tobago (53,3%) os casos mais críticos (115).

Outro fator relacionado com a emigração de profissionais da saúde para o exterior, e que afeta em particular a sub-Região andina, é a homologação de títulos de profissionais da saúde na Espanha, em que o número de homologações de profissionais de enfermagem dos seis países andinos subiu drasticamente de 89, em 2002, para 871, em 2008. Entre 2002 e 2009, 3.313 profissionais de enfermagem andinos homologaram seus títulos na Espanha, enquanto o número de homologações de títulos de médicos saltou de 246, em 2002, para 3.534, em 2009. No período 2002-2009, 15.669 médicos dos seis países andinos homologaram seus títulos na Espanha (Figura 5.3). O total de enfermeiras e médicos que homologou seus títulos no período atingiu 18.998, dos quais 7.353 eram da Colômbia e 5.252 do Peru, ou seja, esses dois países representando 66,4% do total (116).

FIGURA 5.2. Razão de recursos humanos para a saúde por habitante em países selecionados da América do Sul, 2009-2010



Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde, Projeto de Recursos Humanos, Medição das Metas, 2010.

O PLANEJAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

A abordagem dos problemas de recursos humanos para a saúde a partir da perspectiva de políticas públicas está permitindo a identificação dos fatores que contribuem para o fenômeno do desequilíbrio de profissionais comprovados nos países da Região. Existe certo consenso que as desigualdades urbano-rurais, a insuficiência dos sistemas de educação médica, a migração, a “fuga” de especialistas do setor público para o privado e a falta de incentivos econômicos são os fatores mais críticos gerando esse fosso, aos quais se deve acrescentar também a ausência de incentivos ligados ao desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores da saúde, principalmente, dos médicos (117).

No intuito de se solucionar esse problemas na Região, diversas linhas de ação estão sendo avaliadas em matéria de planos e políticas de recursos humanos, incluindo incentivos econômicos e de desenvolvimento profissional, reformas curriculares na grade curricular do curso de graduação e a descentralização de centros formadores, redefinição dos perfis profissionais para sua adequação no modelo baseado na atenção primária, o uso cada vez maior de tecnologias informatizadas e um enfoque integral para enfrentar o fenômeno da migração de trabalhadores da saúde.

Os desafios expostos também estabelecem a urgente necessidade de os países conhecerem a atual disponibilidade de profissionais da saúde e sua distribuição, bem como suas necessidades presentes e futuras, no intuito de cumprirem as suas metas de recursos humanos para a saúde. Para isso, uma tarefa prioritária dos países será fortalecer constantemente os sistemas de informação sobre recursos humanos para a saúde, cuja produção de evidências permitirá estabelecer planos de longo prazo que garantam a disponibilidade de profissionais necessários com competências adequadas aos locais de trabalho.

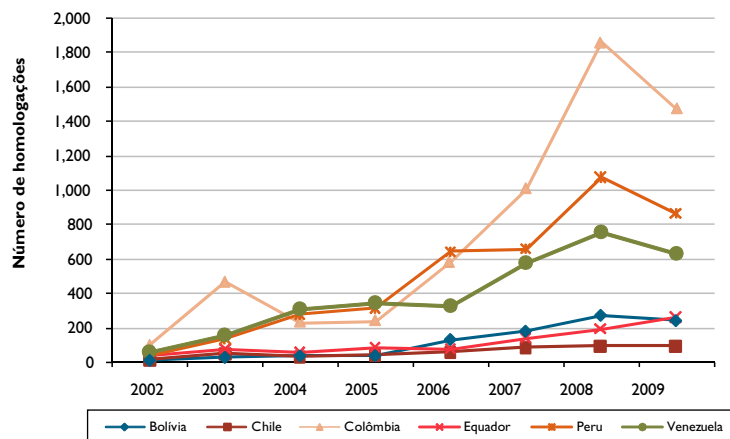
Os primeiros desafios enfrentados nesses processos de planejamento consistem em definir a composição e os perfis necessários das equipes de saúde que trabalham na atenção primária, bem como estimar as atuais – e futuras

– lacunas em recursos humanos para a saúde que deverão ser reduzidas para oferecer uma resposta viável e efetiva ao conjunto do sistema. Na análise da capacidade produtiva, tanto em infraestrutura e tecnologias, essas decisões devem incluir o perfil demográfico e epidemiológico e a situação financeira de cada país. Até o momento, as iniciativas de planejamento dos recursos humanos em saúde na América Latina e no Caribe têm insistido no déficit por profissões. Futuramente, com sistemas de saúde baseados na atenção primária, dever-se-á continuar a adotar métodos para estimar as necessidades de equipes multidisciplinares. Importante passo já dado nessa direção foi a crescente conscientização dos países sobre a necessidade de aprofundar a articulação intersetorial para a formulação de planos de recursos humanos para a saúde que partam para definir temas prioritários no desenvolvimento de sistemas e serviços da saúde.

CONDIÇÕES DE TRABALHO NA SAÚDE

Nos últimos anos, a América Latina e o Caribe presenciaram uma forte recuperação que, além de permitir o alcance de uma série de indicadores socioeconômicos similares aos do período de pré-crise dos anos 1990, ajudou no reestabelecimento do papel do Estado como instância mediadora dos conflitos sociais e garantia da continuidade do sistema. A ampliação do mercado interno e o aumento

FIGURA 5.3. Homologação de títulos de medicina na Espanha por cidadãos de seis países Andinos, 2002-2009



Fonte: Subsecretaria de Títulos e Homologações de Qualificações, Ministério da Educação da Espanha.

TABELA 5.6. Condições de emprego em sistemas fragmentados: modalidades de contratação e pagamento

Organização da prestação de serviços		Tipo de emprego	Contrato	Modo de pagamento
Público (Ministério da Saúde e entidades descentralizadas)	Serviços de saúde pública	Assalariados (trabalhadores assalariados protegidos e sem carteira assinada)	Tempo indeterminado	Por tempo
	Serviços ambulatoriais Hospitais públicos Projetos Extensão cobertura Terceirização (cooperativas)	Semi-assalariados	Temporário (flexível)	Por serviço Per capita Por metas
Previdência Social	Serviços próprios	Assalariados (protegidos)	Tempo indeterminado Temporário	Por tempo Por serviço Per capita
	Serviços contratados/ terceirizados (cooperativas)	Assalariados Semi-assalariados	Temporário	Por tempo Por serviço Per capita
Privado	Serviços de empresas seguradoras	Assalariados Semi-assalariados Autônomos	Temporário	Por tempo Por serviço
	Empresas médicas	Assalariados Semi-assalariados Autônomos	Temporário	Por tempo Por serviço
	Prática liberal (médicos)	Autônomos	Conta própria	Por serviço
ONGs	Serviços próprios	Assalariados	Temporário	Por tempo Por serviço
	Terceirização e outras modalidades	Assalariados Misto	Temporário	Por tempo Por serviço

Fonte: Referência (120).

do investimento público foram fatores centrais da retomada da capacidade estatal, ainda enfraquecida e marcada por estratégias e estruturas concebidas em épocas bem diferentes. Esse processo de recuperação ensejou a revisão da gestão de recursos humanos na saúde, com o entendimento de que ela abriga um complexo leque de dimensões interativas e interconectadas transformando-a em componente crítico da qualidade da atenção e da eficiência dos sistemas e serviços de saúde.

Embora existam evidências de que as práticas de contratação de recursos humanos no setor da saúde da Região tenham melhorado, ainda não se chegou a uma situação satisfatória, nem em matéria de emprego nem das condições de trabalho. Pode-se afirmar claramente que as condições de trabalho na saúde continuam sendo uma matéria pendente para o setor (118). Não obstante, há que se assinalar

também que quase todos os países da Região estão envidando esforços para analisar, definir e fortalecer as estruturas e as funções da gestão estratégica de recursos humanos, destacando-se as ações de Argentina, Brasil, El Salvador, Paraguai e Peru (119).

Um dos principais problemas de gestão de recursos humanos nas Américas durante a década dos anos 1990 foi provocado pelas mudanças nas condições de contratação e na consequente precarização das condições de emprego dos trabalhadores da saúde. Desde o início dos anos 2000, estabeleceram-se as dimensões sociais (trabalho, saúde, educação) como elementos centrais no desenvolvimento, o que repercutiu nas condições de contratação. Até um mapeamento incompleto das diversas formas de condições de emprego dos trabalhadores da saúde na Região mostrou um panorama de grande frag-

mentação e multiplicidade de práticas de contratação e pagamento (120) (Tabela 5.6).

Segundo estudos realizados, a mudança de políticas em matéria de contratação no setor da saúde da Região teve efeitos significativos, que resultaram em taxas de emprego bem superiores às das observadas na década anterior (121). Esses dados mostram com clareza as transformações nas políticas de gestão de recursos humanos em vários países, especialmente na contratação, em que se introduziram medidas sólidas para reduzir as condições de precariedade do trabalho e introduzir uma série de outros incentivos profissionais. Brasil é uma história exitosa, com destaque para as novas políticas e ações voltadas à melhoria das condições de profissionais da saúde por meio do desenvolvimento de planos de cargos, carreira e salários; a oferta de capacitação e educação continuada; a promoção de um diálogo responsável durante a resolução de conflitos laborais – ações imprescindíveis para o bom funcionamento do Sistema Único de Saúde (122). Como parte do processo de despreciação do trabalho, vários países da Região também vêm implementando iniciativas para o desenvolvimento de “carreiras em saúde pública”, que vão desde diretivas federais no Brasil até leis sobre carreira em países como Guatemala, Nicarágua, Paraguai, Peru e República Dominicana (123).

SITUAÇÃO E TENDÊNCIAS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Nem todos os países da Região têm informações disponíveis sobre o número de instituições de formação de pessoal da saúde. Estima-se que há 682 escolas ou programas de medicina, das quais 160 estão nos EUA e 170 no Brasil, ou seja, 48% do total dessas instituições na Região (124). Na área de enfermagem, os dados são ainda mais escassos devido ao grande número de instituições: somente no Brasil, EUA e México – onde vivem 600 milhões de pessoas — há mais de 2.300 escolas de enfermagem, cujo número cresceu drasticamente nos últimos anos, devido a sua incorporação em instituições educacionais privadas. Calcula-se que o restante dos países possui aproximadamente 500 escolas de enfermagem.

Muitos programas de enfermagem e medicina da Região avançaram em novos enfoques edu-

cativos, como os organizados com metodologias baseadas em resolução de problemas, que buscam integrar conhecimentos disciplinares e trabalhar sobre problemas de saúde, ou aqueles que integram programas comunitários. Algumas instituições de ensino superior, como a Universidade de Ciências Médicas da Havana, introduziram importantes mudanças na formação médica; nesses programas, os calouros trabalham em policlínicas e consultórios (unidades de atenção primária) onde passam 75% de seu tempo de aprendizagem no trabalho.

Uma recente pesquisa mostra que a formação dos trabalhadores técnicos da saúde nos países do Cone Sul ainda se encontra determinada por imperativos de mercado que contribuem para a ampliação do fosso das desigualdades sociais nacionais e no conjunto regional (125). Falta muito por percorrer para incorporar novas orientações na educação em saúde e adotar estratégias inovadoras que fortaleçam os programas de formação profissional na saúde. Nesse sentido, a Agenda de Saúde para as Américas assinala que “a formação dos recursos humanos continua utilizando modalidades tradicionais que, muitas vezes, não incentivam o desenvolvimento da liderança e da criatividade” (41).

EDUCAÇÃO DE PROFISSIONAIS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

A maioria dos países da Região se comprometeu com a estratégia de atenção primária e as redes integradas de serviços de saúde, e está propondo planos e políticas de educação específicos para esse nível de assistência. Em 2007, um estudo sobre capacitação na atenção primária nas escolas de enfermagem do Cone Sul mostrou que a maioria dos países desse grupo havia adotado essa estratégia como base do conteúdo programático, ressaltando o conceito de saúde nas diferentes etapas do ciclo vital, a promoção da saúde e a prevenção de doenças, com ênfase significativa nas práticas de saúde comunitária (126).

Sob esse enfoque, o Brasil adotou como meta formar cerca de 52.000 profissionais por meio de um curso de especialização em saúde da família durante o período 2008-2011. Estabeleceu também uma estratégia de trabalho conjunto entre instituições acadêmicas e serviços de saúde para responder

às necessidades do Sistema Único de Saúde (127). O Peru criou o Programa Nacional de Formação em Saúde Comunitária e da Família para os profissionais da saúde de atenção primária, uma iniciativa que surgiu mediante diálogo, discussões e consenso construído por uma comissão setorial integrada por instituições governamentais e profissionais da saúde.

Existe o reconhecimento generalizado de que as residências médicas constituem um importante componente das políticas de recursos humanos para a saúde, pelo papel preponderante dos especialistas nos serviços da saúde. Isso pode ser corroborado analisando o financiamento concedido pelos ministérios da saúde para a formação dos especialistas por meio das residências médicas. Segundo dados de 14 países da Região sobre residências oferecidas em 2009 e 2010, há, na maioria dos casos, mais vagas nas áreas de cirurgia, pediatria, medicina clínica, cuidados críticos, diagnóstico e terapêutica (128). Com exceção de Cuba, 43% do número total de vagas de residência preenchidas se concentraram nas especialidades básicas, e aquelas referentes à formação em medicina geral e familiar apontam um aumento quantitativo na maioria dos países, embora seu crescimento percentual tenha sido relativamente menor que o das especialidades. Apenas 14% das vagas atribuídas para as especialidades básicas se concentram na medicina geral e familiar – outra vez, excetuando Cuba. Havia 41% das vagas para medicina familiar em 2000, número que caiu para 18% em 2010. Alguns países da Região começaram a ofertar residências não médicas para as equipes de saúde, onde a Argentina é o país com maior experiência com modalidades uniprofissionais ou multiprofissionais (Tabela 5.7) (128).

Somente dois países da Região – Canadá e EUA – dispõem de uma matriz de competências médicas, que permite determinar as lacunas existentes na capacidade de desempenho das funções essenciais de saúde pública por parte do pessoal. Os exercícios iniciais de mensuração do alcance das metas regionais nos países andinos sugerem uma situação preocupante quanto às competências de saúde pública e aos enfoques interculturais das equipes de atenção primária, bem como às habilidades de gestão daqueles que operam serviços e programas. Dado esse diagnóstico, os países comprometeram-se a estabelecer mecanismos de coordenação com as

instâncias nacionais encarregadas da educação para garantir a maior convergência dos perfis e das qualificações dos futuros profissionais de acordo com as orientações de saúde pública e as necessidades do setor da saúde. Também concordaram desenvolver matrizes de competências para as equipes de saúde comunitária e da família, com especial ênfase na interculturalidade, adotar políticas de aprendizagem e fortalecer a estratégia de redes de educação a distância com o enfoque de educação permanente.

Entre as estratégias de implementação ou melhoria da articulação entre os ministérios da saúde e da educação constam os processos de regulação da qualidade, por meio de sistemas de acreditação (124, 127). Pelo menos, 27 países da Região contam com esses sistemas para os programas de formação de médicos. Os países forjaram alianças muito promissoras voltadas à avaliação dos padrões propostos pela Rede Ibero-Americana para Acreditação da Qualidade da Educação Superior (RIACES) para os médicos, que colocam a atenção primária no bojo da formação. Esses esforços configuram um bom exemplo de articulação entre os setores da saúde e da educação e as agências especializadas em credi-

TABELA 5.7 Total de vagas anuais de residência, países das Américas, 2010

País	Quantidade
Argentina	3.365
Bolívia	424
Brasil	11.263
Chile	659
Colômbia	852
Costa Rica	225
Cuba	4.801
El Salvador	158
Honduras	300
México	6.122
Paraguai	306
Peru	1.391
República Dominicana	683
Uruguai	246
Total	30.795

Fonte: Referência (128).

tação. Finalmente, vale mencionar que os países do Mercosul já vêm trabalhando há uma década para harmonizar suas legislações sobre a saúde e seus sistemas de controle da saúde (129).

BIBLIOGRAFIA

1. Economic Commission for Latin America and the Caribbean. Social Panorama of Latin America [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/41801/PSI2010full-text.pdf> Acessado em 15 de maio de 2012.
2. Cardenas M, Levy-Yeyati E, Henao C. Latin American Economic Perspectives. Brookings Institution [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.brookings.edu/./media/Files/rc/reports/2010/1006_latina_america_economy_cardenas/1006_latina_america_economy_cardenas.pdf Acessado em 15 de novembro de 2012.
3. Dion M. Welfare and Redistribution in Latin America: Toward a New Model? (Preliminary draft) [Internet]; 2009. Disponível em: http://www.cccg.umontreal.ca/RC19/PDF/Dion-M_Rc192009.pdf Acessado em 15 de maio de 2012.
4. Organization of American States. First Meeting of Ministers and High Authorities of Social Development. Institutionalization of Social Policy in Latin America and Democratic Governance. Reñaca, Valparaíso; 2008.
5. Scartascini CG, Stein E, Tommasi M. Political Institutions, State Capabilities and Public Policy: International Evidence [Internet]; 2008. Disponível em: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum51838946> Acessado em 15 de maio de 2012.
6. Ardanaz M, Scartascini C, Tommasi M. Political Institutions, Policymaking, and Economic Policy in Latin America [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.iadb.org/intal/intalcdi/PE/2010/04914.pdf> Acessado em 14 May 2012.
7. World Health Organization. Health Equity at the Country Level: Building Capacities and Momentum for Action. A Report on the Country Stream of Work in the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2008.
8. Roemer MI. National Health Systems of the World (Vol. II). Oxford: Oxford University Press; 1993.
9. World Health Organization. World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
10. World Health Organization. World Health Report 2006. Working Together for Health [Internet]; 2006. Disponível em: http://www.who.int/entity/whr/2006/whr06_en.pdf Acessado em 15 de maio de 2012.
11. Reich M, Takemi K. G8 and strengthening of health systems: follow-up to the Toyako summit. *Lancet* 2009;373:508–515.
12. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity. New York: Oxford University Press; 2003.
13. Atun R, de Jongh T, Secci F, Ohiri K, Adeyi O. Integration of targeted health interventions into health systems: a conceptual framework for analysis. *Health Policy Plan* 2009;24:1–8.
14. Inter-American Development Bank. The Politics of Policies. Report on Economic and Social Progress in Latin America. Washington, DC: ID Bank; 2006.
15. Tomassini L, Armijo M. Reforma y modernización del Estado: experiencias y desafíos. Santiago, Chile: Editorial LOM; 2002.
16. Draibe S, Crisco M. Social policy and development in Latin America: the long view. *Soc Policy Adm* 2009;43(4):328–346.

17. Franco R, Széleky PM. Coordinación de la institucionalidad social en América Latina. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2010.
18. Organización Panamericana de la Salud. Función rectora de la autoridad sanitaria, marco conceptual e instrumento metodológico. Edición Especial No. 17 [Internet]; 2007. Disponível em: <http://www.lachealthsys.org/documents/433-funcionrectoradelaautoridadsanitarianacionaldesempenoyfortalecimiento-ES.pdf> Acessado em 15 de maio de 2012.
19. World Health Organization. World Health Report 2008. Primary Health Care. Now More Than Ever [Internet]; 2008. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html> Acessado em 15 de maio de 2012.
20. United Nations Population Fund. The State of World Population 2011 [Internet]; 2011. Disponível em: <http://foweb.unfpa.org/SWP2011/reports/EN-SWOP2011FINAL.pdf> Acessado em 28 de outubro de 2011.
21. Pan American Health Organization. Annual Report of the Director. Washington, DC: PAHO; 2009.
22. Anderson G, Waters H, Pittman P, Herbert R, Chu E, Das K. Non-Communicable Chronic Diseases in Latin America and the Caribbean. Washington, DC: USAID; 2009.
23. Hoffman L, Jackson S. A Review of the Evidence for the Effectiveness and Costs of Interventions Preventing the Burden of Noncommunicable Diseases: How Can Health Systems Respond? Washington, DC: World Bank; 2003.
24. Amery J. Safe motherhood case studies: learning from South Asia. *Journal of Health, Population and Nutrition* 2009;27(2):87-88.
25. Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health* 2008;62:580-583.
26. International Labour Organization; World Health Organization. Social Protection Floor Initiative [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/spfibrochure-en.pdf> Acessado em 7 de outubro de 2011.
27. Organización de Estados Americanos. Red Interamericana de Protección Social [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.socialprotectionet.org/espanol/index.html> Acessado em 7 de outubro de 2011.
28. World Health Organization. Free Obstetric Care in Haiti [Internet]; 2010. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_MPS_10.05_eng.pdf Acessado em 15 de maio de 2012.
29. Pan American Health Organization. Earthquake in Haiti-One Year Later. PAHO/WHO Report on the Health Situation [Internet]; 2011. Disponível em: http://new.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&task=view&id=1475&Itemid=1 Acessado em 15 de maio de 2012.
30. Borgia F. Health in Uruguay: Progress and Challenges in the Right to Health Care Three Years after the First Progressive Government [Internet]; 2008. Disponível em: <http://www.medicinasocial.info/index.php/socialmedicine/article/view/228/439> Acessado em 14 de maio de 2012.
31. Uruguay, Ministerio de Salud Pública. Uruguay. Avances en la incorporación de colectivos al SNIS [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.msp.gub.uy/uc_5430_1.html Acessado em 13 de outubro de 2011.
32. Chile, Ministerio de Salud. Acceso Universal Garantías Explícitas [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_gesaugue/presentacion.html Acessado em 13 de outubro de 2011.
33. Argentina, Ministerio de Salud. Plan Nacer. Datos nacionales de gestión [Internet]; 2011.

- Disponível em: <http://www.plannacer.msal.gov.ar/index.php/contents/detail/datos-nacionalesde-gestion> Acessado em 13 de outubro de 2011.
34. Brasil, Ministerio de Salud. Noticias: Ministério habilita novas equipes do Saúde da Família [Internet]; 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg5dspDetalleNoticia&id_area51529&CO_NOTICIA513361 Acessado em 15 de maio de 2012.
 35. México, Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Logros del seguro popular; 2011.
 36. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe de la pobreza al 2010. Lima, Perú [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.inei.gob.pe/> Acessado em 21 de julho de 2011.
 37. Cetrángolo O. Reflexiones sobre el financiamiento de la protección social en salud en América Latina y su impacto sobre la equidad. In: Bello A, Sotelo CR (eds.). Protección social en salud en América Latina y el Caribe. Investigación y políticas. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2011.
 38. Xu K, Evans D, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray JL. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet* 2003;362:111–117.
 39. Knaul F, Arreola H. The Role of Evidence on Financial Protection in the Mexican Health Reform of 2003: Identification, Diagnosis, Monitoring, Prognosis and Dissemination of Learning [Internet]; 2006. Disponível em: http://www.idrc.ca/uploads/user-S/11587455291Knaul_-_Mexico_Health_Reform.pdf Acessado em 22 de julho de 2011.
 40. World Health Organization. Financing Health Care Systems: The Path to Universal Coverage. World Health Report 2010 [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2010/en/index.html> Acessado em 17 de outubro de 2011.
 41. Health Agenda for the Americas 2008–2017. Presented by the Ministers of Health of the Americas, Panamá, June 2007 [Internet]; 2007. Spanish version. Disponível em: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008-2017.pdf Acessado em 14 de maio de 2012.
 42. World Health Organization. World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO; 2000.
 43. Uruguay, Ministerio de Salud Pública. La construcción del sistema nacional integrado de Salud, 2005–2009 [Internet]; 2009. Disponível em: http://www.lachealthsys.org/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=513&Itemid=244 Acessado em 15 de novembro de 2012.
 44. Heijink R, Ke X, Saksena P, Evans D. Validity and Comparability of Out-of-Pocket Health Expenditure from Household Surveys: A Review of the Literature and Current Survey Instruments [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_11_01-oop_errors.pdf Acessado em 15 de maio de 2012.
 45. Debrott D. Gasto de hogares en salud y su impacto en las estimaciones de pobreza e indigencia para Chile: Líneas de pobreza ajustadas por salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2011 (Documento de trabajo).
 46. México, Secretaría de Salud. Rendición de cuentas en salud 2009 [Internet]; 2009. Disponível em: http://www.dged.salud.gob.mx/opencms/opencms/contenidos/dedss/descargas/rcs/RCS_09_6_Dic.pdf Acessado em 15 de maio de 2012.
 47. Knaul FM, Wong R, Arreola–Ornelas H, Mendez O. Household catastrophic health expenditures: a comparative analysis of twelve

- Latin American and Caribbean Countries. *Salud Publica Mex* 2011;53 (suplemento 2)
48. Knaul F, Arreola H, Mendez O, Bryson C, Barofsky J, Maguire R *et al.* Las evidencias benefician al sistema de salud: reforma para remediar el gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México. *Salud Publica Mex* 2007;49(suplemento 1:s70–s87).
 49. Wagstaff A, Van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993–1998. *Health Econ* 2003;12:921–934.
 50. Economic Commission for Latin America and the Caribbean. *Statistical Yearbook for Latin America and the Caribbean 2010*. Santiago, Chile: ECLAC; 2010.
 51. Pan American Health Organization. *Health Situation Indicators. Basic Indicators 2011*. Washington, DC: PAHO; 2011.
 52. International Monetary Fund. *World Economic Outlook Databases* [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.imf.org/external/ns/cs.aspx?id=28> Acessado em julho de 2011.
 53. World Health Organization. *World Health Statistics 2010*. Geneva: WHO; 2010.
 54. Anderson G, Squire D. Measuring the U.S. health care system: a cross-national comparison. *Issues in international health policy. The Commonwealth Fund* 2010;90.
 55. World Health Organization. *World Health Statistics 2011* [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf Acessado em 17 de outubro de 2011.
 56. Thompson S, Foubister T, Mossialos E. Financing Health Care in the European Union. [Internet]; 2009. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/studies> Acessado em 17 de outubro de 2011.
 57. Kutzin J. Implementing Health Financing Reform: Lessons from Countries in Transition [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/studies> Acessado em 17 de outubro de 2011.
 58. Magnussen J, Vrangbaek K, Saltman R. Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges [Internet]; 2009. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/studies> Acessado em 17 de outubro de 2011.
 59. Organization for Economic Cooperation and Development. *Health at a Glance: Europe 2010* [Internet]; 2010. Disponível em: http://www.oecd.org/document/19/0,3746,en_2649_37407_46460563_1_1_1_37407,00.html Acessado em 17 de outubro de 2011.
 60. Canadian Institute for Health Information. *National Health Expenditure Trends, 1975–2010* [Internet]; 2010. Disponível em: http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/NHEX_Trends_Report_2010_final_ENG_web.pdf Acessado em 17 de outubro de 2011.
 61. Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas 2007. Volumen Regional* [Internet]; 2007. Disponível em: <http://www.paho.org/hia/SAvol1esp.zip> Acessado em 15 de maio de 2012.
 62. Organización Panamericana de la Salud. *Situación de salud en las Américas: Indicadores Básicos 2010*. Washington, DC: OPS; 2010.
 63. Martínez J. Sistemas de atención médica en Centroamérica: Estudio comparativo sobre su capacidad de enfrentar la crisis actual. *Proyecto Estado de la Región. Informe final*, junho de 2010 (Não publicado).
 64. Mesa-Lago C. The extension of health care coverage and protection in relation with the labor market: problems and policies in Latin America. *International Social Security Review* 2007;60:1.

65. Instituto Mexicano de Seguridad Social. Informe financiero actuarial 2009 [Internet]; 2012. Disponível em: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/0EBA7F19-16C5-49E2-A484-2D47CEB94E8E/0/IFAdic2009Completo.pdf> Acessado em 17 de outubro de 2011.
66. Costa Rica, Ministerio de Salud. Normativas de habilitación [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/normativas-habilitacion-ms?format5pdf> Acessado em 03 de novembro de 2011.
67. United States, Department of Health and Senior Services. Types of licensed facilities and services [Internet]; 2011. Disponível em: <http://nj.gov/health/healthfacilities/types.shtml> Acessado em 03 de novembro de 2011.
68. Nicarágua, Ministerio de Salud. Manual de habilitación de establecimientos proveedores de servicios de salud. Managua: Ministerio de Salud; 2008.
69. American Hospital Association. Fast Facts on US Hospitals [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.aha.org/research/rc/stat-studies/fast-facts.shtml> Acessado em 03 de novembro de 2011.
70. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics: Health United States 2010 [Internet]; 2010. Available at: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus10.pdf> Acessado em 15 de maio de 2012.
71. Pan American Health Organization. Health Situation in the Americas. Basic Indicators [Internet]; 2009. Disponível em: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/IB_SPA_2009.pdf Acessado em 15 de maio de 2012.
72. LaVeist T, Williams K, Isaac L. Mistrust of healthcare organizations is associated with underutilization of health Services. *Health Serv Res* 2009;44(6):2093–2105.
73. World Bank. An Overview of Medical Device Policy and Regulation [Internet]; 2007. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1109774792596/HNPBrief8.pdf> Acessado em 15 de maio de 2012.
74. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, Restrepo FR, Urroz O, *et al.* Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the Iberoamerican study of adverse events. *BMJ Qual Saf* 2011;20:1043–1051.
75. Owens PL, Barrett ML, Gibson TB, Andrews RM, Weinick RM, Mutter RL. Emergency department care in the United States: A Profile of National Data Sources. *Ann Intern Med* 2010;56:2.
76. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de situación de los sistemas de servicios de emergencia médicas de la región de América Latina y el Caribe 2009–2011. Washington, DC: OPS; 2011 (Documento de trabalho).
77. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de políticas y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Serie: La renovación de la atención primaria de salud en las Américas (Vol. 4). Washington, DC: OPS; 2010.
78. World Health Organization. Global Strategy and Plan of Action on Public Health, Innovation and Intellectual Property [Internet]; 2008. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_R21-en.pdf Acessado em 14 de novembro de 2011.
79. Pan American Health Organization. Public Health, Innovation, and Intellectual Property: A Regional Perspective [Internet]; 2008. Disponível em: <http://www.paho.org/english/gov/cd/cd48-18-e.pdf> Acessado em 14 de novembro de 2011.

80. Morel CM, Carvalheiro JR, Romero CNP, Costa EA, Buss PM. Neglected diseases. The Road to Recovery [Internet]; 2007. Disponível em: <http://www.nature.com/nature/journal/v449/n7159/full/449180a.html> Acessado em 15 de maio de 2012.
81. Organización Panamericana de la Salud. El acceso a los medicamentos de alto costo en las Américas: contexto, desafíos y perspectivas. Serie Técnica No. 1: Medicamentos esenciales, acceso, e innovación [Internet]; 2009. Disponível em: <http://72.249.20.135/wordpress-mu/argentina/files/2010/06/Informe-MAC-OPS.pdf> Acessado em 14 de novembro de 2011.
82. Organización Panamericana de la Salud. Innovación para la salud pública en las Américas: Promoción de la investigación y el desarrollo de productos para la salud [Internet]; 2010. Disponível em: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/MTSeriTecnica_Innovacion_PAN_2009.pdf Acessado em 15 de maio de 2012.
83. Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica. Buenas prácticas de farmacovigilancia para las Américas [Internet]; 2010. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18625es/s18625es.pdf> Acessado em 15 de maio de 2012.
84. Organización Panamericana de la Salud. La situación farmacéutica en las Américas: Compendio de datos estadísticos sobre los indicadores del primer nivel–2007 [Internet]; 2010. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=54554&Itemid=51177 Acessado em 15 de maio de 2012.
85. Organismo Andino de Salud–Convenio Hipólito Unanue. Política andina de medicamentos [Internet]; 2009. Disponível em: <http://www.orasconhu.org/documentos/Politica%20andina%20de%20medicamentos%202009.pdf> Acessado em 14 de julho de 2011.
86. Suarez R, Pescetto C. Improving the Measurement of Poverty in the Americas: Health Adjusted Poverty Lines: Background Materials–A Literature Review [Internet]; 2003. Disponível em: <http://www.paho.org/english/dpm/shd/hp/hapl-litcprs.pdf> Acessado em 15 de maio de 2012.
87. Organización Panamericana de la Salud. Propuesta regional para implementar una estrategia nacional de uso racional de medicamentos [Internet]; 2011. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=5155&Itemid=1180 Acessado em 15 de maio de 2012.
88. Castro JL, Hara G, Muñoz S, da Silva MC, Berríos ME, Montenegro A, *et al.* Consumo de antibióticos en Nicaragua y Honduras. Análisis de aspectos metodológicos y principales resultados. *Rev Panam Infect* 2008;10(4)S1:104–111.
89. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa Regional para la Seguridad Transfusional y Plan de Acción para 2006–2010: Evaluación final. Washington, DC: OPS; 2011.
90. Organización Panamericana de la Salud. Preguntas y respuestas acerca del Fondo Estratégico [Internet]; 2011. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1044&Itemid=989#1 Acessado em 15 de maio de 2012.
91. Organización Panamericana de la Salud. Suministro de sangre para transfusiones en los países del Caribe y de Latinoamérica 2006, 2007, 2008 y 2009: Avance desde 2005 del Plan Regional de Seguridad Transfusional. Washington, DC: OPS; 2010.
92. Brasil, Ministerio de Salud. Caderno de Informação. Sangue e Hemoderivados. Produção Hemoterápica. Brasília: Ministerio de Salud; 2011.
93. Chile, Ministerio de Salud. Coordinación Nacional de Sangre, Programa Nacional de

- Sangre 2009. Base de datos. Santiago: Ministerio de Salud; 2011.
94. Cruz Roja Ecuatoriana, Secretaría Nacional de Sangre. Datos de sangre 2009. Quito: Cruz Roja Ecuatoriana; 2009.
 95. Uruguay, Administración de los Servicios de Salud del Estado, Servicio Nacional de Sangre. Montevideo: USAS; 2010.
 96. Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Salud, Programa Nacional de Sangre. Base de datos. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud; 2009.
 97. Organización Panamericana de la Salud. Suministro de sangre para transfusiones en los países del Caribe y Latinoamérica en 2005: Datos basales para el Plan Regional de Acción para Seguridad Transfusional [Internet]; 2007. Disponível em: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Sangrespanish2005.pdf> Acessado em 15 de maio de 2012.
 98. Cruz JR. Reduction of maternal mortality: the need for voluntary blood donors. *Int J Gynecol Obstet* 2007;98(3):291–293.
 99. Organización Nacional de Transplantes. International figures on donation and transplantation [Internet]; 2010. Disponível em: http://www.edqm.eu/medias/fichiers/Newsletter_Transplant_Vol15_No1_Sept_2010.pdf Acessado em 15 de maio de 2012.
 100. Organismo Internacional de Energía Atómica. Acuerdo Regional de Cooperación para la Promoción de la Ciencia y Tecnología Nucleares en América Latina y el Caribe. Perfil Estratégico Regional para América Latina y el Caribe 2007–2013 [Internet]; 2008. Disponível em: http://arc.cnea.gov.ar/documentos/per2007esp/1_S_Perl%20Estrat%C3%A9gico.pdf Acessado em 15 de maio de 2012.
 101. Pan American Health Organization. XXIV Pan American Sanitary Conference (Resolution CSP24.R9) [Internet]; 1994. Disponível em: http://www.paho.org/english/gov/csp/ftcsp_24.htm Acessado em 15 de maio de 2012.
 102. World Health Organization. Baseline Country Survey on Medical Devices 2010 [Internet]; 2010. Disponível em: http://www.who.int/medical_devices/countries/en/ Acessado em 15 de maio de 2012.
 103. Fleitas I, de la Mora R, González HJ, Machado A, Jiménez P. Guía de gestión e incorporación de tecnología: Radiología de propósitos generales [Internet]; 2009. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=3366&Itemid=599 Acessado em 15 de maio de 2012.
 104. United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation. Sources and Effects of Ionizing Radiation [Internet]; 2008. Disponível em: http://www.unscear.org/docs/reports/2008/09-86753_Report_2008_Annex_A.pdf Acessado em 15 de maio de 2012.
 105. International Atomic Energy Agency, Directory of Radiotherapy Centres [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www-naweb.iaea.org/nahu/dirac/default.asp> Acessado em 15 de maio de 2012.
 106. Jimenez P. Emerging Challenges in the Management of Medical Exposures. Proceedings of the 12th Congress of the International Radiation Protection Association [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.irpa12.org.ar/PDF/Plen/BKIII/Jjimenez.pdf> Acessado em 15 de maio de 2012.
 107. American College of Radiology. Appropriateness Criteria [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.acr.org/SecondaryMainMenuCategories/quality_safety/app_criteria.aspx Acessado em 14 de maio de 2012.
 108. Canadian Association of Radiologists. Diagnostic Imaging Referral Guidelines: A Guide for Physicians [Internet]; 2005. Disponível em: <http://www.cma.ca/multimedia/>

- CMA/Content/Images/ePractice_tools/English/CAR/CAR_Guideline.pdf Acessado em 14 de maio de 2012.
109. Sociedad Argentina de Radiología. Guía de recomendaciones para la correcta solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen [Internet]; 2009. Disponível em: http://www.sar.org.ar/_docs/sar/librito.pdf Acessado em 15 de maio de 2012.
 110. Organización Internacional de Energía Atómica; Organización Panamericana de la Salud. El médico físico: Criterios y recomendaciones para su formación académica, entrenamiento clínico y certificación en América Latina [Internet]; 2010. Disponível em: http://www-pub.iaea.org/MTCD/publications/PDF/P1424_S_web.pdf Acessado em 15 de maio de 2012.
 111. International Atomic Energy Agency. Accidental Overexposure of Radiotherapy Patients in San Jose, Costa Rica [Internet]; 1988. Disponível em: http://pub.iaea.org/MTCD/publications/PDF/P027_scr.pdf Acessado em 15 de maio de 2012.
 112. Borrás C. Overexposure of radiation therapy patients in Panamá: problem recognition and follow-up measures. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2006;20(2/3):173–187.
 113. Cameron R. Human Resources for Health in the Americas: Strengthening the Foundation. Washington, DC: PAHO; 2006.
 114. Guanais FC, Macinko J. The health effects of decentralizing primary care in Brasil. *Health Aff* 2009;28(4):1127–1135.
 115. World Bank. The Nurse Labor and Education Markets in the English-speaking CARICOM: Issues and Options for Reform. Washington, DC: World Bank; 2009.
 116. Pittman P, Aiken L, Buchan J. International migration of nurses. *Health Serv Res* 2007;42(3 Pt 2):1275–1280.
 117. Sanabria H. Migración calificada en la Región Andina (in press).
 118. Dussault, G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Hum Res for Health* 2006;4:12.
 119. Organización Panamericana de la Salud. Desafíos de la gestión de los recursos humanos en salud 2005–2015. Washington, DC: OPS; 2006.
 120. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de las unidades de recursos humanos de los Ministerios de Salud de América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS; 2008.
 121. Brito P, Rosales C. Consulta regional sobre condiciones de contratación y empleo en la Región de las Américas. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2006 (Documento de trabalho).
 122. Organización Panamericana de la Salud. Investigación: Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú. Washington, DC: OPS; Buenos Aires: Ministerio de Trabajo; 2010.
 123. Brasil, Ministerio de Salud. Brasil. A educação e o trabalho na saúde: a política e suas ações [Internet]; 2008. Acessado em 15 de maio de 2012.
 124. Organización Panamericana de la Salud. El proceso de construcción de las carreras sanitarias en la Región de las Américas: Análisis de situación y perspectiva de cooperación técnica. Washington, DC: OPS; 2006.
 125. Foundation for Advancement of International Medical Education and Research. Directory of Organizations that Recognize/Accredit Medical Schools [Internet]; 2011. Disponível em: www.faimer.org Acessado em 15 de maio de 2012.
 126. Fundación Osvaldo Cruz. La formación de trabajadores técnicos de la salud en Brasil y

- en los países del MERCOSUR: un estudio exploratorio. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2011.
127. Organización Panamericana de la Salud. Enseñanza de la APS en las escuelas de enfermería del Cono Sur. Serie Recursos Humanos para la Salud No. 49. Washington, DC: OPS; 2007.
 128. Organización Panamericana de la Salud. La acreditación de programas de formación en medicina y la orientación hacia la APS. Serie: La renovación de la atención primaria de salud en las Américas (Vol. 3). Washington, DC: OPS; 2010.
 129. Organización Panamericana de la Salud. Residencias médicas. Serie: La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 2011 (no prelo).
 130. Uruguay, Ministerio de Salud Pública. Acuerdo de Salud No. 3. Educación superior en salud en el MERCOSUR [Internet]; 2011. Disponible em: http://www.msp.gub.uy/ucmercosurs_5283_1.html Acessado em 13 de novembro de 2011.
 131. World Health Organization. Health Systems Strengthening Glossary [Internet]. Disponible em: http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/#1 Acessado em 15 de maio de 2012.
 132. United Nations. Studies in Methods. Handbook of National Accounting [Internet]; 2004. Disponible em: http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesF/seriesF_85.pdf Acessado em 15 de maio de 2012.
 133. Pan American Health Organization. Essential Public Health Functions. XLII Directing Council of the Pan American Health Organization. 52nd Session of the Regional Committee. Washington, DC: PAHO; 2000 (Document CD42/15).
 134. United Nations Development Programme. Governance for Sustainable Human Development: A UNDP Policy Document [Internet]; 1997. Disponible em: <http://magnet.undp.org/policy/chapter1.htm> Acessado em 15 de maio de 2012.
 135. Dodgson R, Lee K, Drager N. Global Health Governance: A Conceptual Review. Discussion Paper No. 1. Geneva: World Health Organization; London: London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2002.
 136. Lee K, Mills A. Policy Making and Planning in the Health Sector. London and Sydney: Croom Helm; 1982.
 137. World Health Organization. Health Systems Strengthening Glossary [Internet]; Disponible em: http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index7.html Acessado em 15 de maio de 2012.
 138. Polidano C. Measuring public sector capacity. World Development 2000;28(5):811.
 139. Udley SE. Mercatus Policy Series. Policy Resource No. 1. Primer on Regulation. Arlington, VA: George Mason University; 2005.
 140. Rein M. Social Policy: Issues of Choice and Change. New York: Sharpe; 1970.

GLOSSÁRIO

Acesso aos serviços de saúde

Como as pessoas percebem e experimentam a facilidade de chegar aos serviços ou estabelecimentos de saúde quanto à localização, tempo e abordabilidade (130).

Acessibilidade (dos serviços de saúde)

Aspectos da estrutura dos serviços ou estabelecimentos de saúde que melhoram a capacidade de chegar a um fornecedor de atendimento de saúde quanto à localização, tempo e abordabilidade (130).

Consumo efetivo

O consumo final efetivo das famílias abrange os gastos diretos destas, mais o valor de bens e serviços da saúde recebidos em espécie da previdência social ou instituições de seguro social de saúde, os gastos do governo no consumo final de bens e serviços de atenção em saúde, de consumo individual e coletivo, e os gastos finais em bens e serviços da saúde pelas instituições sem fins lucrativos, excluídas as vendas (131).

Razão de eventos adversos

O número de eventos adversos sobre o número total de pacientes estudados.

Autoridade Sanitária Nacional

O órgão do Estado encarregado da administração do sistema de saúde e suas ações – assim como de sua regulação e fiscalização. Na prática, é o Ministério da Saúde ou seu equivalente.

Evento catastrófico

Existem varias definições de um evento catastrófico na saúde, assim como na metodologia utilizada para sua medição. A maioria dos estudos existentes define o evento catastrófico de acordo com a função de seu impacto na renda familiar e, em consequência, nos níveis de pobreza. A Organização Mundial da Saúde define a catástrofe financeira em função da capacidade de pagamento – como, por exemplo, o gasto direto acima de 40% da renda familiar em atenção em saúde, uma vez cobertas as necessidades básicas. Não há, porém, consenso na definição desse limite, o qual, segundo os autores, oscila entre 5 e 30% (38, 39).

Fundo rotativo

Mecanismo de cooperação coletiva de aquisição de vacinas, seringas e insumos afins em nome dos Estados-Membros da OPAS.

Funções essenciais de saúde pública

Conjunto de ações que devem ser realizadas com fins concretos, necessários para a obtenção do objetivo central, que é também a finalidade da saúde pública, ou seja, melhorar a saúde das populações (132). Suscintamente, é o conjunto de ações básicas que os governos devem realizar para melhorar a saúde da população.

Governança

“... o exercício da autoridade econômica, política e administrativa na gestão dos assuntos nacionais em todos os níveis. Inclui mecanismos, processos e instituições por meio dos quais os cidadãos e os grupos articulam seus interesses, exercem seus direitos e obrigações jurídicas e resolvem suas diferenças” (133).

Governança em saúde

“... as ações e meios adotados por uma sociedade para se organizar na promoção e proteção da saúde de sua população. As regras que definem essa organização e seu funcionamento podem prescrever e proscriver comportamentos de forma oficial (por exemplo, a Lei de Saúde Pública, o Regulamento Sanitário Internacional) ou oficiosa (por exemplo, o juramento hipocrático). O mecanismo de governança pode se situar em nível local ou subnacional (por exemplo, a autoridade sanitária distrital), nacional (por exemplo, o Ministério da Saúde), regional (por exemplo, a Organização Pan-Americana da Saúde) ou internacional (por exemplo, a OMS). A governança em saúde pode ser pública, privada ou uma combinação das duas” (134).

Política da saúde

Decisões do governo – e em nome do público – relacionadas com ou que influenciam a busca da saúde e do bem-estar da população (135).

Sistema de saúde

(i) todas as atividades cuja finalidade primária consiste em promover, restabelecer ou manter a saúde; (ii) as pessoas, instituições e recursos organizados em conjunto, de conformidade com as políticas estabelecidas para melhorar a saúde da população que servem, respondendo às expectativas legítimas das pessoas e

protegendo-as dos custos da doença mediante uma variedade de atividades, cujo escopo primário é melhorar a saúde (130).

Hospitalocentrismo

Oferta orientada ao fornecimento de serviços curativos episódicos fragmentados que requerem um predomínio de especialistas médicos, organizados em estruturas hospitalares, com alta dependência em tecnologias onerosas e com graves deficiências de qualidade e de segurança do paciente.

Institucionalidade das políticas sociais

Regras de jogo formais e informais que servem para processar e priorizar os problemas sociais. As seguintes características definem uma política institucional: emana de um acordo político e social para resolver um problema específico, estabelece objetivos e metas claros e conta com instrumentos para avaliar sua consecução, estabelece obrigações e direitos específicos para cada um dos atores relevantes e define normas e regras de comportamento (17).

Gastos diretos

Soma de todos os pagamentos diretos efetuados por indivíduos. Os pagamentos diretos de produtos ou serviços incluem: (i) pagamentos diretos, ou seja, pagamentos de produtos ou serviços não cobertos por nenhuma forma de seguro; (ii) compartilhamento de custos, ou seja, uma disposição de um seguro saúde ou pagamento de terceiros que exige que o indivíduo coberto pague parte dos custos, e (iii) pagamentos informais, ou seja, pagamentos não oficiais para bens e serviços que devem ser totalmente financiados por receitas agrupadas (136).

Enfoque da atenção primária em saúde (APS)

“... um enfoque amplo da organização e operação dos sistemas de saúde, que faz do direito de alcançar o maior nível de saúde possível o seu principal objetivo, ao passo que maximiza a equidade e a solidariedade. Um sistema dessa natureza norteia-se pelos princípios próprios da APS, tais como capacidade de resposta às necessidades da saúde da população, orientações de qualidade, responsabilização dos governos, justiça social, sustentabilidade, participação e intersectorialidade” (18).

Capacidade de formulação de políticas

Capacidade de estruturar o processo decisório, coordená-lo em todo o governo e alimentá-lo com análises informadas. (137)

Políticas públicas

Decisões autorizadas tomadas pelas entidades executivas, legislativas e judiciárias, as quais se traduzem em regulações, leis, normas, impostos e outros incentivos ou elementos de dissuasão econômicos. Sua aplicação gera mudanças de comportamento – em instituições, grupos de pessoas ou indivíduos – necessários para atingir os objetivos políticos estabelecidos.

Produtos biológicos

Incluem, entre outros, vacinas, alérgenos, antígenos, hemoderivados e derivados plasmáticos, soros imunológicos, imunoglobulinas, anticorpos e produtos elaborados mediante tecnologia recombinante.

Regulação

É um tipo de política pública que funciona como veículo primário que permite aos órgãos implementarem leis. São padrões ou instruções específicos que estabelecem o que pode ou não ser feito por indivíduos, empresas e outros atores (138).

Política social

“... todas as formas de intervenções coletivas (tanto do Estado, como da sociedade civil), que contribuem para o bem-estar geral” (139). Entende-se como um tipo de política pública que se ocupa das formas como as sociedades respondem aos problemas e necessidades sociais – por exemplo, como as famílias organizam suas vidas, como é organizada a provisão da proteção social ou a resposta a desemprego e pobreza.

Administração

Pode ser descrita como o exercício de um poder e uma responsabilidade substantivos na política de saúde pública, no contexto de novas relações entre o governo e a sociedade no Estado moderno.

Fundo Estratégico

A Organização Pan-Americana da Saúde criou o Fundo Estratégico em 2000, para facilitar a aquisição de insumos estratégicos de saúde pública em seus Estados-Membros. Ao prestar apoio técnico nas aquisições, o Fundo promove a disponibilidade contínua

de insumos estratégicos de qualidade a baixo custo. Também, ajuda a fortalecer a capacidade de gestão do abastecimento de medicamentos e de programação e planejamento das aquisições em nível nacional. O Fundo Estratégico também é conhecido como Fundo Rotativo Regional de Insumos Estratégicos para Saúde Pública.

Tecnologias em saúde

Uso de conhecimentos e capacidades teóricos e práticos estruturados em forma de dispositivos, medicamentos, vacinas, procedimentos e sistemas elaborados para resolver problemas de saúde e melhorar a qualidade da vida (WHA 60.29). Também inclui,

entre outros, produtos biológicos e biotecnológicos, sangue e hemoderivados, células e tecidos humanos, insumos de laboratórios, diagnóstico por imagem, radioterapia e equipamento médico.

Cobertura universal

Essa expressão significa que os arranjos financeiros e institucionais são suficientes para cobrir toda a população. A cobertura universal elimina a capacidade de pagamento como barreira ao acesso a serviços de saúde e protege as pessoas contra riscos financeiros, prestando um apoio adicional para atingir metas de equidade e implementar atividades de promoção da saúde (18).