

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

***UHC – Universal Health Coverage – avanço ou retrocesso na luta pelo
direito humano à saúde?
Uma contribuição ao debate político-ideológico da guerra de posições entre
comunidades epistêmicas no campo da saúde global***

por

Armando Antonio De Negri Filho

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

Orientadora: Profa. Dra. Maria Helena Barros de Oliveira

Rio de Janeiro, outubro de 2014

Esta dissertação, intitulada

“UHC - Universal Health Coverage - Avanço ou retrocesso na luta pelo direito humano à saúde? Uma contribuição ao debate político-ideológico da guerra de posições entre comunidades epistêmicas no campo da saúde global”

apresentada por

Armando Antonio De Negri Filho

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Carlos Botazzo

Prof. Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Prof.^a Dr.^a Maria Helena Barros de Oliveira – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 30 de outubro de 2014.

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

D278 De Negri Filho, Armando Antonio

UHC – Universal Health Coverage – avanço ou retrocesso na luta pelo direito humano à saúde? Uma contribuição ao debate político-ideológico da guerra de posições entre comunidades epistêmicas no campo da saúde global. / Armando Antonio De Negri Filho. -- 2014. 185 f.

Orientador: Oliveira, Maria Helena Barros de

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Cobertura Universal (Seguro Saúde). 2. Direito à Saúde. 3. Seguridade Social. 4. Saúde Mundial. I. Título.

CDD - 22.ed. – 651.78

Dedicatórias

Dedico este trabalho

Aos meus Pais, Armando e Theresinha, pois afinal o amor ao conhecimento precisa de carinho e apoio desde sempre.

Ao Estado brasileiro e por consequência ao Povo brasileiro que me permitiu e permite estudar de forma gratuita em instituições públicas de alta qualidade.

Às minhas amadas filhas Amanda e Rafaela, pois condenadas a perder o tempo de convívio transformado em estudo e concentração, espero que possam encontrar inspiração na necessidade de construir um mundo melhor para todas e todos.

À aventura coletiva do conhecimento crítico e transformador como obra coletiva, que nos justifica e nos prepara para transformar o mundo e dar sentido as nossas existências na ambição republicana da solidariedade como cimento de sociedade.

À minha Companheira de Vida Nancy Molina, que com seu Amor e companheirismo não só entende, como apoia, participa e se funde no meu trabalho e na minha existência, pela redenção que me oferece e me anima a seguir lhe dedico o meu Amor profundo.

Agradecimentos

Aos companheiros e companheiras do LIGRESS / HCor por incentivar no âmbito do PROADI SUS e na construção coletiva de projetos sociais, o Projeto de Disseminação Internacional da Experiência Universalista do SUS e das Proteções Sociais Brasileiras, no âmbito do qual se abriga e se justifica a participação e reflexão sobre saúde global e diplomacia em saúde que compõem este trabalho.

Aos companheiros e companheiras do Fórum Social Mundial da Saúde e da Seguridade Social, da Associação Latino Americana de Medicina Social, do Movimento pela Saúde dos Povos, dos movimentos sociais e sindicais que animam e desenvolvem a luta intelectual e material pelo direito à saúde no Mundo e com os quais aprendo a cada dia.

À minha Orientadora Professora Maria Helena Barros de Oliveira, cujo apoio foi fundamental para que eu não esmorecesse e chegasse ao final do trabalho criando vínculo de amizade e de futuros projetos.

À Professora Célia Almeida pelo seu empenho e dedicação na coordenação do Mestrado, tornando-o uma experiência pioneira e qualificada de aprendizado e preparação para a atuação na Saúde Global e Diplomacia da Saúde.

Ao Professor Willer Marcondes, por sua disponibilidade e apoio constantes.

Às Companheiras de LIGRESS Kassia Fernandes de Carvalho e Tatiana Yonekura, cujo apoio e disposição foram fundamentais para a realização deste Projeto de Pesquisa.

Ao meu irmão José Fernando e Valéria pelo abrigo fraterno e dedicado apoio em Brasília e no Rio de Janeiro.

Aos colegas do Mestrado Profissional Turma de Brasília, pelo companheirismo e ambiente de colaboração que tornaram nosso convívio muito agradável e motivador.

Sumário

LISTA DE FIGURAS.....	7
LISTA DE SIGLAS	7
1. INTRODUÇÃO	8
2. JUSTIFICATIVA.....	11
2.1. Um panorama sobre o discurso oficial e bem comportado das agências e organismos em torno à UHC	18
2.2 UHC – em busca de uma definição.....	18
2.3 Definição da UHC.....	20
2.4 Qual a população a ser coberta?	22
2.5 Quais os serviços a serem incluídos?	22
2.6 Quais os custos a serem cobertos?	23
2.7 Financiamento dos Sistemas de Saúde e o caminho para a cobertura universal	26
2.8 Debates em torno da UHC na Agenda de Desenvolvimento pós-2015.....	28
2.9 Resolução A66/24 da OMS de 2013 – Cobertura Universal da Saúde	30
2.10 Alguns olhares e questões críticas sobre as propostas das agências e organismos promotores da UHC.....	32
3. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS	36
3.1 Elementos para uma discussão teórica sobre a disputa político-ideológica e as comunidades epistêmicas em torno à UHC.....	36
3.2 O conceito de Guerra de Posição e a Hegemonia	39
3.3 Sobre os direitos humanos e os modos de produção das globalizações	41
3.4 Sobre definição e utilidade do conceito de comunidades epistêmicas	45
4. OBJETIVOS	48
4.1 OBJETIVO GERAL	49
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	49
5. METODOLOGIA.....	51
6. RESULTADOS	53
7. DISCUSSÃO	158
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	173

8. RECOMENDAÇÕES.....	175
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	178

RESUMO

O trabalho busca caracterizar e analisar as ideias que sustentam as posições das comunidades epistêmicas dominantes que atuam na definição e implementação da proposta de agenda mundial pela Cobertura Universal em Saúde ou *Universal Health Coverage* (UHC). A análise desenvolvida buscou responder à pergunta se a UHC seria um avanço ou retrocesso na luta pelo direito humano à saúde. A UHC emergiu com força avassaladora na agenda mundial da saúde desde 2010, carregando um conjunto de ambiguidades ou indefinições. Colocando os direitos humanos e o direito humano e social à saúde como referência para a análise dos conceitos e ideias em jogo, pretende-se identificar o perfil de pensamento das comunidades epistêmicas no âmbito da UHC. A análise focou na classificação de conteúdos de documentos selecionados dentre aqueles produzidos, e muitos formalmente adotados, pelas organizações internacionais que possuem liderança no tema – OIT, OMS, Banco Mundial e Assembleia Geral da ONU, e publicados entre 2010 e 2014. Os critérios de classificação dos conteúdos obedeceram ao ordenamento de díades de oposição entre um perfil que foi assumido como afirmativo dos direitos – universalidade, integralidade, igualdade e financiamento por impostos gerais progressivos – e sua oposição representada pela focalização, pacotes de mínimos sociais, equidade exclusiva e financiamento por seguros segmentados. O resultado permite identificar um alinhamento das definições e agendas da UHC no campo conservador das políticas sociais derivados do neoliberalismo, com declarações universalistas e integrais, mas uma forma de implementação centrada na focalização e financiamento por seguros de pacotes mínimos. Identificaram-se nuances na posição entre as instituições examinadas, mas como variações dentro do campo hegemônico. A discussão conceitual sobre os achados levou à configuração de um marco de análise que envolve a compreensão dos mecanismos de legitimação da ordem global dominante, mediante ideias e pensamentos que se instalam nos processos sociais de produção nacionais e se projetam internacionalmente mediante as forças sociais que os desenvolvem no exercício da hegemonia, através das formas de estado e da configuração de blocos históricos nacionais que afetam a ordem global. Por outro lado,

explorou-se um olhar sobre os direitos humanos no marco das globalizações hegemônicas e nos seus potenciais de contra-hegemonia. Finalmente foram tecidas considerações sobre as formas de construir caminhos contra-hegemônicos mundiais a partir dos espaços nacionais e colocadas questões para futuras pesquisas que permitam aprofundar na complexidade da gênese e poder das comunidades epistêmicas na saúde global.

Palavras-chave: Cobertura Universal. Direito à Saúde. Seguridade Social.

ABSTRACT

This study intends to characterize and analyse the ideas that support the positions of the dominant epistemic communities that have been engaged in the definition and implementation of the proposal for a global agenda for the Universal Health Coverage (UHC). The analysis aimed at answering the question if UHC would be a step forwards or backwards in the fight for the human right to health. UHC has emerged with remarkable force in the global agenda for health since 2010, presenting a set of ambiguities or uncertainties. By placing human rights and human and social right to health as reference for the analysis of concepts and ideas at stake, this study proposed to identify the thinking pattern of epistemic communities within UHC. The analysis focused on the classification of contents of some selected documents produced, and formally adopted, by international organizations that play an important role in this area – namely, ILO, WHO, World Bank and General Assembly of the United Nations, published between 2010 and 2014. The classification were based on dyads of opposition between criteria from the human rights perspective – universality, integrality, equality, and funding through progressive taxation –, and opposing criteria represented by targeting, minimum social packages, excluding equity, and funding through segmented insurances. The result shows an alignment of UHC definitions and agendas in the conservative field of social policies originated from neoliberalism, which, although including universal and integral perspective in their statements, argue that UHC implementation should focus on targeting and funding through minimum package insurances. There are nuances in the position of these international organizations, but as variations within the hegemonic field. The conceptual discussion of the findings established an analytical framework that provides a way of understanding the

mechanisms of legitimation of the dominant global order; that is, ideas and thoughts fixed in social processes of national production, would stand out on an international level through social forces in the exercise of hegemony, in the form of states and historic national blocs that should affect the global order. On the other hand, this study also approached the human rights perspective within the hegemonic globalizations' framework and their counter-hegemony potentials. Finally, it was outlined considerations on the ways of building global counter-hegemonic paths from national contexts, as well as proposals for future researches that should enhance knowledge on the complexity of the genesis and power of epistemic communities in global health.

Keywords: Universal Coverage. Right to Health. Social Welfare.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Caminhos para a UHC

LISTA DE SIGLAS

APD	Ajuda Pública ao Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
IVA	Impostos sobre o valor agregado
FMI	Fundo Monetário Internacional
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PHM	People's Health Movement
PIB	Produto Interno Bruto
SUS	Sistema Único de Saúde
UHC	Universal Health Coverage
UNASUL	União de Nações Sul-Americanas
UNCTAD	The United Nations Conference on Trade and Development
ÚNICO	Universal Health Coverage Study Series
UNRISD	United Nations Research Institute for Social Development

1. INTRODUÇÃO

O objeto de pesquisa desta dissertação é a discussão em torno aos conceitos e ideias que expressam as comunidades epistêmicas dominantes que sustentam a proposta de agenda mundial pela Cobertura Universal em Saúde ou *Universal Health Coverage* (UHC), como é seu título na língua inglesa. A UHC emergiu com uma força avassaladora na agenda mundial da saúde desde 2010, mas carrega um conjunto de ambiguidades ou indefinições que permitem vislumbrar diferentes comunidades epistêmicas em movimentação e competição. Colocando os direitos humanos e o direito humano e social à saúde em particular como referência para a análise dos conceitos e ideias em jogo, pretende-se identificar o perfil das comunidades epistêmicas a partir de seus conceitos e aplicações materiais do direito à saúde no âmbito da UHC.

A análise proposta busca localizar as definições dos direitos humanos nos modos de produção da globalização propostos por Boaventura de Sousa Santos (1997), um alinhamento ideológico propenso ou à tradição liberal ou à tradição marxista dos direitos humanos em um contexto de globalizações, onde os conceitos e materialidades dos direitos humanos propostos pelas comunidades epistêmicas podem inscrever-se no processo de renovação hegemônica ou de contra-hegemonia.

Na medida em que dentro de um conceito de guerra de posições, segundo Gramsci citado por Giuseppe Vacca (2013), pode-se dar a afirmação de novos modos do pensar hegemônico e contra-hegemônico no contexto de crises econômicas imediatas.

Lembrando que, segundo Fiori (2013) citando a obra de Karl Polanyi (1944), mesmo dentro do campo hegemônico existe uma tensão histórica cíclica entre a universalização dos mercados autorregulados e a autoproteção social que permite esta alternância de influência de comunidades epistêmicas na hegemonia.

Sem que isto afete as narrativas dominantes tais como a da pobreza em detrimento da narrativa do desenvolvimento e das políticas sociais a ele vinculadas, como refere Mkandawire (2005).

Por outro lado a ativa configuração de campos de pensamento amplamente difundidos por organismos como o Banco Mundial e seus tanques de pensamento

associados, geram uma globalização de localismos ideológicos que se dispõem a capturar as tensões geradas por esse processo e transformá-las em exercício de legitimação no campo da luta ideológica.

O papel dessas comunidades de pensamento que se utilizam das instituições de Bretton Woods, BM e FMI e se articulam como campo de pensamento no espaço da OMS, OIT e Assembleia Geral da ONU, demonstram o poder da hegemonia, particularmente depois de um período de quase pensamento único como foram os anos 90, os quais moldaram a interpretação das fragilidades do *welfare state* e da experiência do socialismo real de modo a transformar suas experiências em anacronismos, utilizando-se da terra arrasada que significou o desmonte do estado e seu encolhimento nos anos 80 e 90 em escala mundial. Assim sendo, uma proposta de cobertura universal nos dias de hoje nasce tendo que disciplinar-se pelos esquemas de financiamento possíveis dentro da disciplina fiscal imposta, dentro da limitação de orçamentos públicos golpeados pelas desonerações da integração dos mercados globais nunca recuperadas no âmbito do mercado internos e finalmente com a ideologização das políticas sociais deslocadas de sua finalidade como exercício fundamental do estado e como sinalizadoras das finalidades da democracia política e do desenvolvimento (Mkandawire, 2005).

A análise de perfis de comunidades epistêmicas a partir dos conceitos expressos em documentos de Organizações Internacionais – OIs, para entender um tema de política em saúde global, é um recurso que permite organizar um mapa de afiliações no campo das ideias que se expressam em argumentos e formas de poder traduzidos em instrumentos e procedimentos.

No caso da UHC o interesse radica no mapeamento e análise das ideias, representações e traduções em que as comunidades epistêmicas que sustentam a sua proposição imprimem ao debate, a partir da identificação de conceitos que orientam documentos adotados pelas organizações internacionais que possuem liderança no tema – OIT, OMS, Banco Mundial e Assembleia Geral da ONU e publicados entre 2010 e 2014.

A partir da leitura crítica de documentos selecionados, será composto um quadro sintético das visões da saúde a partir dos direitos humanos e suas materialidades históricas, reivindicando as seguintes premissas:

-a universalidade do direito se expressa no acesso universal, mediante sistemas universais onde todos estão incluídos sem discriminação ou pré-condição. Os sistemas de saúde no socialismo real e no regime social democrata do *welfare state*. Alma Ata – Saúde para Todos no ano 2000 – como marco na tradição da declaração universal dos direitos humanos,

-universalidade, integralidade e igualdade como expressões da materialidade do direito à saúde e expressões de justiça social. Essas três dimensões de análise compoem as díades essenciais de oposição entre os discursos em torno ao direito humano à saúde e a caracterização das comunidades epistêmicas em torno à UHC,

-o arranjo do *welfare state* para financiar o universalismo com tributação progressiva e redistributiva com serviços públicos universais para todas classes sociais,

-a caracterização do discurso e a visão do liberalismo econômico e do utilitarismo aplicado as políticas sociais – o discurso hegemônico do neoliberalismo. A racionalidade construída a partir de grandes narrativas hegemônicas – o liberalismo econômico x a proteção das populações fragilizadas pelo modo de produção, o modelo bismarckiano vinculando proteções sociais ao trabalho formal e a ideologia da pobreza como marco explicativo e orientador das políticas compensatórias,

-a cooptação do discurso dos direitos humanos e sua tradução no campo do utilitarismo – a universalidade e a focalização, a integralidade e os pacotes de benefícios básicos e a igualdade traduzida em uma equidade excludente e segregadora.

A leitura de alguns documentos selecionados de críticas realizadas pelos movimentos que defendem o direito universal à saúde servirá para analisar o impacto da UHC como proposta hegemônica e suas contraposições.

A intenção de utilidade do estudo será contribuir para um posicionamento crítico frente à proposta de UHC considerando seus potenciais de afirmação ou negação do direito humano à saúde.

2. JUSTIFICATIVA

Os direitos humanos e os direitos sociais, econômicos e culturais em particular são objeto de uma disputa política e consequentemente epistêmica, entre correntes conservadoras ligadas ao liberalismo político e correntes progressistas vinculadas a uma tradição originada no regime social democrata de bem-estar social ou ainda a uma tradição socialista das lutas sociais.

No atual momento histórico vemos um novo esforço hegemônico de captura e orientação das tensões geradas pela crise financeira e suas consequências sociais, mediante a proposição de políticas no campo das proteções sociais e da saúde que apontam a uma interpretação dos direitos com caracteres restritivos e condicionados aos recursos possíveis em tempos de crise.

Observamos como se movem as disputas entre ideias e conhecimentos gerados e promovidos no seio de comunidades epistêmicas que procuram reproduzir ou romper a hegemonia neoliberal no campo econômico, político e social.

Assim foi que nos últimos anos desde 2010 vemos a promoção de um debate centrado nos pisos de proteção social conforme a capacidade de cada país e expressando um conceito de mínimos sociais que se projetam no campo da saúde via a cobertura universal em saúde e não via o acesso universal ou via sistemas universais de saúde. Esta orientação discursiva promovendo ideias em torno à cobertura universal traz um forte viés de seguros de saúde, deslocando o conceito de sistemas universais de saúde, o que em minha opinião caracteriza um afastamento essencial do conceito de direito humano à saúde e sua materialidade nas sociedades.

A essa versão de UHC se contrapõe uma visão de economia política que critica a confusão intencionada entre *universalismo* da cobertura e *universalidade* da atenção à saúde. Nestas comunidades epistêmicas se misturam organizações da sociedade civil nos âmbitos acadêmicos, sindicais e populares, assim como algumas agências das Nações Unidas com maior autonomia política, mas consequentemente menor peso de incidência – como UNCTAD e UNRISD.

O trabalho de Stuckler et al. (2010) aponta que a atenção universal à saúde é utilizada como referência para a narrativa sobre os sistemas em países de alto ingresso, enquanto a de cobertura universal é mais utilizada para os países de baixo e médio ingresso quando a cobertura não forçosamente garante o acesso total e qualificado aos serviços de que necessita a população, oferecendo apenas serviços básicos e nem sempre suficientes, o que tende a ser omitido no debate proposto pela UHC.

Vale também a observação sobre os estudos do *welfare state* como uma literatura do norte, sendo que os do sul necessitariam uma literatura de estudos desenvolvimentistas capazes de dar suporte ao processo de adoção de sistemas universais, conforme proposto por Mkandawire (2005).

Segundo Stuckler et al. (2010), adotar UHC é uma decisão política mais do que técnica. Estados efetivos, com protagonismo de partidos social-democráticos e movimento sindical e popular atuantes, seriam condições favoráveis para um país usar seus recursos econômicos para um avanço rápido em direção a uma atenção universal.

Nos países pobres, ou seja, com PIB baixo, o que mais os caracteriza é falta de controle sobre o seu território, baixa capacidade de arrecadação de impostos, recursos humanos e físicos insuficientes para prover um cuidado de saúde efetivo. Apesar disso, serem pobres não autoriza a rejeitar uma cobertura universal, pois países pobres no passado tomaram e materializaram essa decisão. Mandato legal, maior arrecadação de impostos, e maior democracia estão associados com maior redistribuição da riqueza através de maior gasto público em saúde. Maior gasto privado em relação ao público compromete o desempenho da cobertura universal em sociedades desiguais e divididas. Nesta perspectiva a UHC ocorreria em um contexto de expansão dos programas de bem-estar social.

O financiamento público e as funções integradas do estado na gestão e provisão são mais propensos a reduzir desigualdades, com a provisão de serviços baseada em necessidades mais do que na capacidade de pagamento dos indivíduos.

O artigo de Stuckler et al. (2010)¹ sobre a economia política da UHC apresenta uma abrangente revisão sistemática da literatura sobre a UHC. A revisão revelou que os

¹ O artigo de Stuckler et al. (2010) foi marco referencial para o 1º SIMPÓSIO GLOBAL SOBRE PESQUISA DE SISTEMAS DE SAÚDE – CIÊNCIA PARA ACELERAR A COBERTURA UNIVERSAL DA SAÚDE (realizado em Montreux, Suíça, 16-19 de novembro de 2010), evento que procurou consolidar um espaço constitutivo de uma comunidade epistêmica ampliada em torno à UHC, esforço que se repetiu no 2º SIMPÓSIO GLOBAL realizado em Beijing em 2012 e apoiado entusiasticamente pela Fundação Rockefeller e Novartis dentre outros patrocinadores privados.

principais autores ocupados em analisar a UHC seriam historiadores sociais e econômicos bem como cientistas políticos, e que, embora houvesse uma ampla invocação do termo UHC, ainda não estava claro seu sentido, com definições variando enormemente. Segundo o artigo, apesar de a decisão de implementar a UHC ser fundamentalmente política, e sua implementação um processo político, a revisão demonstrou ser limitada a análise da política da saúde, e os poderes e políticas envolvidos na decisão de implementar a UHC receberam pouca atenção.

A revisão de Stuckler et al. (2010) identificou 58 países que apresentavam critérios pragmáticos indicando a presença de UHC: legislação da saúde explicitamente estabelecendo que toda a população seja coberta sob um plano de saúde específico, incluindo um pacote de serviços específico; e o acesso da população do país a atendimento qualificado no nascimento e a seguro de saúde (incluindo seguro de saúde social, cobertura estatal, seguro privado, e seguro baseado no empregador com base nos dados da OIT) deve ser maior do que 90%.

O Brasil não foi classificado como um país que teria alcançado a UHC por não corresponder ao critério de mais de 90% da população assegurada. Ao analisar o PIB per capita dos países do ano em que estes aprovaram legislação para a UHC, observou-se que metade poderia ser classificada atualmente como países de renda alta, um quarto de renda média alta, e outro quarto de renda média baixa (com base na classificação do Banco Mundial), o que sugere que, na teoria, os líderes dos países podem escolher adotar a UHC e cobrir mais de 90% da população com porta de entrada aos serviços de saúde, mesmo se o país estiver em um nível moderado de desenvolvimento econômico.

Os principais paradigmas teóricos dos determinantes da UHC identificados na revisão da literatura feita por Stuckler (2010) estão sintetizados a seguir:

Síntese da Revisão de Literatura de Stuckler et al. (2010)

Paradigma Teórico: Teorias Pluralistas

Autores e obras citadas: Economistas da saúde e cientistas políticos

- Alesina, A; Glaeser, E. Fighting poverty in the US and Europe: A world of difference. booksgooglecom.2005.

Breve síntese: Consideram múltiplos atores envolvidos na formulação das políticas competindo para influenciar a política, como em um mercado político. Os resultados políticos são o resultado das escolhas da população, no mercado ou por meio de votação e instituições responsivas.

Limitações: Empiricamente, há discordância entre os níveis de apoio público para o financiamento público do sistema de saúde.

Determinantes da UHC: Sociedades Divididas e Tipos de Instituições Políticas: a literatura da ciência política identificou distintas consequências dos tipos de regime político para os resultados políticos. Defendem que em sociedades que são altamente divididas, ou fracionadas, em linhas étnicas ou linguísticas, ou que tenham elevados níveis de desigualdade, as políticas públicas redistributivas têm uma menor probabilidade de ocorrer.

Paradigma Teórico: Teorias Institucionalistas

Autores e obras citadas: Cientistas políticos e sociólogos:

- Theda Skocpol

- Paul Starr

- Fishback, P; Haines, MR; Kantor, S; Births, deaths and New Deal relief during the Great Depression. The review of economics and statistics. 2007; 89(1): 1-14.

- Marmor, T; Oberlander, J. Paths to Universal Health Insurance: Progressive Lessons from the Past for the Future. U Ill L Rev. 2004:205.

- Maioni, A. Parting at the crossroads: The emergence of health insurance in the United States and Canada. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1998.

Breve síntese: Analisam as principais instituições e grupos de interesse (*stakeholders*) que têm variados graus de poder e são impactados pelas políticas, identificando a dinâmica política imediata de um resultado específico.

Na análise dos sistemas de saúde, esses grupos tipicamente incluem a classe médica, hospitais, centros acadêmicos, empresas de seguro e farmacêuticas.

Limitações: Não avaliam aonde e como esses grupos chegam ao poder no processo político.

Determinantes da UHC: Janelas Políticas de Oportunidades: as instituições evoluem de forma muito lenta, um processo referido como uma inércia institucional. Somente durante períodos excepcionais de turbulência ou agitação social (chamados de “eventos”), as principais mudanças ocorrem (chamadas “conjunturas críticas”). As oportunidades criadas por esses choques são referidas como “janelas políticas”.

Paradigma Teórico: Teorias do Desenvolvimento

Autores e obras citadas: Macroeconomistas e economistas do desenvolvimento, epidemiologistas e especialistas da saúde pública

- David M. Cutler

Breve síntese: Sugerem que os países em desenvolvimento vão se assemelhar aos desenvolvidos quando suas instituições convergirem com o crescimento econômico e a integração na economia global. Observam que as economias mais avançadas têm maiores níveis de envolvimento público na saúde e, portanto, sugerem que o desenvolvimento econômico levará a expansão do acesso e qualidade dos serviços de saúde – quanto maior o Produto Interno Bruto (PIB) maior os gastos públicos com saúde como uma porcentagem do PIB.

Limitações: Marco apolítico, não especifica como um aumento dos recursos econômicos leva a uma decisão para aumentar o nível de recursos alocados para a saúde, tampouco o tipo de sistema que isso envolve.

Determinantes da UHC: Riqueza das Nações: uma noção comum, baseada em dados observacionais, é que tendo em vista que a UHC é mais prevalente em países de renda alta, ela serve para os países ricos. É possível que o país precise de certo nível de desenvolvimento econômico como uma pré-condição para alcançar a UHC. Aqui há duas tendências: A Lei de Wagner, que o seguro social é introduzido com o enriquecimento dos estados, e a teoria de Leviatã, que a cobertura é expandida quando os governos têm excedentes orçamentários.

Paradigma Teórico: Teorias de Classe

Autores e obras citadas: Cientistas políticos e sociólogos:

- Navarro, V. Why some countries have national health insurance, others have national health services, and the US has neither. *Social Science & Medicine*. 1989; 28(9): 887-98.
- Esping-Andersen e Hall e Soskice
- Jacob S. Hacker

Breve síntese: Afirma que as relações de poder entre as classes determinam a natureza e extensão do uso do superávit na sociedade, que por sua vez modela o desenvolvimento do bem-estar social, a tributação e redistribuição na sociedade. Avaliam a relação entre os detentores do capital versus os do trabalho na produção econômica, que disputam para melhorar e, no caso das classes capitalistas, reproduzir seu status social, por meio de grupos de interesse associados a eles (partidos políticos e sindicatos). Podem identificar as fontes de poder e as mudanças em sua distribuição na sociedade, inclusive mudanças visando a expansão do estado de bem-estar social.

Limitações: Dificuldade de se observar os aspectos da estrutura das classes, como poder, conflito, formação e consciência.

Determinantes da UHC: Coligações de Esquerda Trabalhista: formuladores de política de esquerda tendem a priorizar: uma maior intervenção do Estado na economia, redistribuição da riqueza e proteção social, incluindo a saúde. Navarro (1989), observando a coincidência de lideranças de esquerdas poderosas no desenvolvimento da UHC, postula que sindicatos fortes e bem organizados, com estreita relação com elites políticas, são cruciais para o estabelecimento da UHC. Argumenta que a UHC é expandida para inibir o descontentamento social devido aos altos níveis de desigualdade social, portanto permitindo as elites perpetuarem níveis altos de exploração econômica.

(A UHC se inseriria nesse caso, segundo Navarro, em uma política de conciliação de interesses no marco do bloco histórico hegemônico.)

- **Configuração Inicial das Condições de Bem-Estar Social:** perpetua a visão de que a configuração inicial do sistema de saúde de um país influencia o caminho de sua reforma ao longo do tempo. É possível que um sistema de saúde que envolva um elevado nível de financiamento e prestação pública em um país de renda baixa expanda mais a oferta Pública

se a riqueza do país aumentar.

-Observação sobre a revisão da literatura da saúde pública realizada por Stuckler et all. (2010):

A revisão da literatura da saúde pública forneceu poucas informações sobre a economia política da UHC. Observou que pouca ênfase era dada ao significado da dinâmica e processos políticos nos países que resultam na expansão da cobertura da saúde pública. Encontrou como objetivo principal apresentar aos formuladores de políticas formas de se modificar o sistema para se alcançar os resultados esperados, de forma apolítica e desconexa da realidade vivenciada pela população no sistema de saúde, a qual não se restringe à construção analítica de *scorecards* e índices abstratos do sistema de saúde, mas se refere a dados reais como pagamentos diretos, tempos de espera, acesso a medicamentos essenciais, e questões mais amplas como acesso à água canalizada.

A revisão identificou que, em geral, a saúde pública avaliava os resultados de saúde em relativo isolamento, ao invés de examinar como a expansão da UHC geralmente coincide com o desenvolvimento de um sistema de bem-estar social mais amplo. Movimentos de saúde geralmente acompanham movimentos sociais mais abrangentes. Outro ponto é que a dinâmica da evolução do sistema de saúde raramente era caracterizada como um processo longitudinal, mas ao invés, analisada transversalmente. Assim, se negligenciava como a estrutura de um dado sistema, em termos de seu financiamento e infraestrutura, determina o escopo para a sucessiva evolução dos sistemas de saúde.

Podemos relacionar essa observação com o afastamento do debate de modelos de sistemas de saúde da agenda da UHC e a ausência de uma definição clara do estado como garantidor do direito.

A Saúde Pública global como comunidade epistêmica no campo hegemônico, estaria advogando a partir de análises transversais e sem a profundidade e a longitudinalidade histórica que o debate da UHC requer, não insistindo no debate sobre que tipo de desenvolvimento, que tipo de sistema de saúde e de proteções sociais e que tipo de Estado necessitamos para garantir de fato o direito universal à saúde.

2.1. Um panorama sobre o discurso oficial e bem comportado das agências e organismos em torno à UHC

Esforços vêm sendo envidados para um consenso na definição de UHC, o estabelecimento de indicadores para o pacote de serviços de saúde da UHC e para a extensão da cobertura, e a determinação dos fatores críticos que podem estender a cobertura para grupos de mais difícil alcance, na forma de técnicas operacionais de gestão e envolvimento comunitário na expansão do sistema de saúde. Para entender casos bem sucedidos e as falhas no caminho para a UHC, estudos vêm sendo realizados para identificar e monitorar os países que apresentam e os que não apresentam a UHC, criando um conjunto de dados para medir a adoção da UHC, necessário para estabelecer critérios objetivos e metas políticas claras.

Nesse sentido, destaca-se a recente *Série Estudos sobre a Cobertura Universal da Saúde do Banco Mundial – UNICO Study Series* (WORLD BANK, 2013), que consiste em artigos técnicos e estudos de caso de países e analisam diferentes questões relacionadas aos desafios para a implementação da política da UHC. O Banco Mundial afirma apoiar os esforços dos países em compartilhar prosperidade pela transição para a UHC com os objetivos de melhorar os resultados de saúde, reduzir os riscos financeiros associados com a saúde precária, e aumentar a equidade. Reconhece que há muitos caminhos para a UHC e não endossa um específico caminho ou conjunto de arranjos organizacionais ou financeiros para alcançá-la. Independente do caminho escolhido, a qualidade dos instrumentos e instituições que os países estabelecem para implementar a UHC são essenciais para seu sucesso. Os países enfrentarão uma variedade de desafios durante a fase de implementação ao se empenharem para expandir a cobertura da saúde.

2.2 UHC – em busca de uma definição

A Resolução 67/36 – Saúde global e política exterior – adotada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, em dezembro de 2012, reafirma o direito à saúde e reconhece que milhões de pessoas não estão tendo acesso a esse direito (ONU, 2012). A Diretora Geral da OMS, Dra. Margaret Chan, em sua mensagem no Relatório Mundial de

Saúde 2010 relembra o compromisso dos Estados Membros da OMS em 2005 de desenvolver sistemas de financiamento da saúde que permitam às pessoas terem acesso a serviços sem enormes sacrifícios financeiros para pagá-los (OMS, 2010).

O acesso efetivo à atenção à saúde e a proteção financeira é o conceito apresentado pelo primeiro artigo da revista *The Lancet* (MORENO-SERRA; SMITH; 2012), em sua série temática de três artigos sobre a Cobertura Universal da Saúde – UHC (Universal Health Coverage), publicada pouco antes da Resolução, em setembro de 2012. Essa também é a definição da UHC segundo a Resolução 67/36 da ONU, inciso 8: acesso universal aos serviços de saúde de qualidade e acessíveis (ONU, 2012).

Estes são os aspectos a serem considerados para a UHC, os quais o Relatório Mundial de Saúde 2010, a partir da representação de uma caixa tridimensional, assim os descreve: (i) população a ser coberta, (ii) o leque de serviços a ser disponibilizado, e (iii) a proporção dos custos totais a ser paga. Nos países onde a vasta maioria da população está excluída dos serviços de saúde, a prioridade deve ser a ampliação da cobertura, mesmo que a lista de serviços e os custos coberto pelos fundos comuns sejam reduzidos. Por outro lado, nos países com apenas bolsas de exclusão, a meta deve ser aumentar os serviços para os excluídos e cobrir uma proporção maior dos custos (OMS, 2010).

As três dimensões são apresentadas pela Resolução 67/36 da ONU (2012) em seu inciso 10: (i) A cobertura universal de saúde implica que toda pessoa tenha acesso sem discriminação, com especial ênfase nos segmentos pobres, vulneráveis e marginalizados da população, (ii) a um conjunto de serviços médicos básicos de promoção, prevenção, cura e reabilitação assim como a medicamentos essenciais, seguros, acessíveis, efetivos e de qualidade, (iii) cuidando para que a utilização desses serviços não exponha os usuários a graves dificuldades econômicas.

Segundo o Relatório Mundial de Saúde 2010, as reformas dos sistemas de saúde para a transição para a UHC deverão ser contextualizadas a realidade de cada país, mas é importante observar experiências bem e mal sucedidas quando da tomada de decisão política com relação à proporção das três dimensões. A série temática da *Lancet* destaca a importância do progresso contínuo e o papel do setor público na transição, e a Resolução ressalta o alinhamento das reformas aos determinantes sociais de saúde e às necessidades da população.

Apesar de os países não estarem seguindo modelos, mas desenvolvendo sistemas híbridos a partir das especificidades locais, o estudo dos nove países pela Lancet identificou os seguintes padrões nas reformas: receitas fiscais para subsidiar as populações alvo; ampliação da partilha de riscos; e aquisição de serviços por meio de mecanismos de financiamento a partir da demanda (LAGOMARSINO et al., 2012). Também se observou tendências como expansão da cobertura por meio dos seguros de saúde do governo, ampliação de pacotes de benefícios, e redução dos pagamentos diretos ou copagamentos acompanhada do aumento das despesas públicas com saúde.

A relação da UHC com os pisos de proteção social foi apresentada pela Resolução 67/36 da ONU (2012), no inciso 28, ao solicitar à Organização Mundial da Saúde – OMS, em parceria com o sistema das Nações Unidas e em consulta com os Estados Membros, dar alta prioridade para a cobertura universal em saúde e suas relações com os pisos de proteção social dentro de seus programas e políticas sociais.

2.3 Definição da UHC

O artigo de Stuckler (2010) também apresentou a principal definição da UHC utilizada pela OMS a qual integra as cinco dimensões da atenção universal à saúde a seguir: acesso ao cuidado ou seguro; cobertura; um identificável ponto de entrada no sistema (pacote de serviços); uma abordagem baseada nos direitos; e proteção contra riscos sociais e econômicos. Resultando em um enunciado de Cobertura Universal (UHC) expressa pela OMS em 2005 como: *A cobertura universal é definida como acesso a intervenções chave de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde para todos a um custo acessível, desse modo alcançando a equidade no acesso. O princípio da proteção contra riscos financeiros garante que o custo do cuidado não coloque às pessoas sob o risco da catástrofe financeira. Um objetivo relacionado de política de financiamento da saúde é a equidade no financiamento: as famílias contribuem para o sistema de saúde com base na capacidade de pagamento. A cobertura universal é consistente com os conceitos da OMS da Saúde para Todos e Atenção Primária à Saúde.*

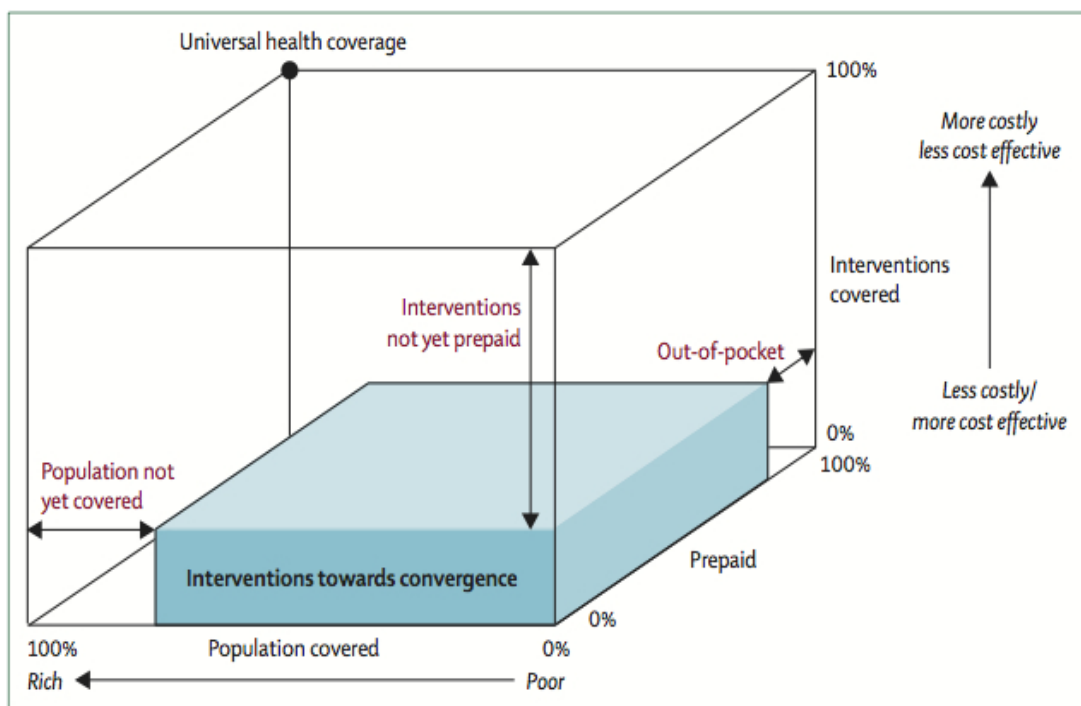


Figura 1 – Caminhos para a UHC

Fonte: OMS (2010).

No cubo acima, retirado do Informe Mundial da OMS de 2010, estão representadas as dimensões e os dilemas que marcam uma cobertura, e tensão com intervenções / ações e serviços e os recursos para pagá-los. A solução para as tensões é remetida ao arbítrio e condições de cada país.

Em inglês são empregados dois termos distintos para universalidade: i) “universal health care”, atenção universal à saúde, mais comumente utilizado para descrever políticas de saúde em países de renda alta com sistemas públicos universais de saúde; ii) “universal health coverage (UHC)”, cobertura universal à saúde, aplicado em países de renda média e baixa, e em geral refere-se apenas a uma cobertura de serviços básicos (Stuckler et al., 2010) e, mais recentemente a qualquer cobertura por seguros privados ou públicos.

2.4 Qual a população a ser coberta?

Segundo a Resolução 67/36 da ONU (2012), os governos devem proporcionar às pessoas que não têm recursos suficiente proteção contra o risco financeiro e as instituições de saúde necessárias, sem discriminação (inciso 19), com vasta cobertura geográfica, incluindo áreas remotas e rurais, e com ênfase especial no acesso para as populações que mais necessitam (inciso 9), para a promoção da inclusão social dos segmentos pobres, vulneráveis e marginalizados (inciso 10), inclusive citando os povos indígenas e as pessoas portadoras de necessidades especiais (inciso 14).

A princípio, a cobertura universal por definição espera que toda a população tenha acesso à atenção à saúde. Na prática, tendo em vista os limitados recursos, os estudos da Lancet observaram, mesmo nos países com um programa único de cobertura para toda a população, vários programas focalizados para cobrir populações alvo: setor informal, população pobre, população rural, etc. Os países que oferecem subsídios focalizados contam cada vez mais com as receitas fiscais para o fundo de cobertura, mas outros continuam a tentar coletar seguros não compulsórios (LAGOMARSINO et al., 2012).

Ainda nos estudos da Lancet, foi apresentado como possível indicador para medir o progresso da população coberta a porcentagem de inscritos em algum programa de governo, citando o exemplo do seguro de saúde público, mas observa que esse indicador utiliza números totais de inscritos que podem encobrir desigualdades, como programas de recursos escassos que não focam as necessidades das populações mais vulneráveis e incluem em seus números pessoas de classe média e alta, além de a inscrição em tais programas não necessariamente significar que houve acesso à atenção necessária (LAGOMARSINO et al., 2012).

2.5 Quais os serviços a serem incluídos?

Conforme mencionado anteriormente, a Resolução 67/36 da ONU (2012) se refere a um conjunto de serviços básicos de promoção, prevenção, cura e reabilitação assim como medicamentos essenciais, seguros, acessíveis, efetivos e de qualidade.

Segundo Lagomarsino, a escolha dos serviços cobertos por regimes de seguros é de fundamental importância para o resultado final da saúde da população e a proteção financeira. Todos os países analisados implantaram agências independentes para a aquisição tanto de serviços públicos quanto privados, mantendo paralelamente orçamento público para a oferta dos prestadores públicos, por meio de mecanismos de financiamento a partir da demanda. Porém, benefícios abrangentes representam desafios de sustentabilidade financeira e complexidade administrativa (LAGOMARSINO et al., 2012).

Uma maneira de avaliar os serviços cobertos é analisar os pacotes de benefícios, que poderão incluir prevenção, promoção, tratamento e reabilitação, isto é, atenção primária, serviços hospitalares, medicamentos, etc. Crescentes evidências vêm demonstrando estar ultrapassada a premissa de que serviços hospitalares de elevado custo e reduzida probabilidade seriam os responsáveis pelo empobrecimento, sendo na realidade os custos ambulatoriais e com medicamentos para o tratamento de doenças crônicas os verdadeiros vilões, bem como indicam que a cobertura de serviços da atenção primária e de prevenção produza maiores efeitos na saúde da população do que os serviços hospitalares (LAGOMARSINO et al., 2012). Ou seja, atualmente se reconhece que os programas focados nos serviços hospitalares provavelmente não oferecem proteção contra riscos financeiros nem cobrem os serviços que melhoram a saúde da população de maneira mais eficiente e econômica.

Outro modo apresentado para avaliar os serviços cobertos é olhar além do prometido pelos pacotes de benefícios e medir qual a proporção da população que precisa de uma intervenção específica realmente a recebe. A cobertura financeira de um benefício não garante sua entrega, pois também são necessárias a demanda do paciente e a disponibilidade do serviço (LAGOMARSINO et al., 2012).

2.6 Quais os custos a serem cobertos?

A Resolução 67/36 da ONU (2012), no inciso 16, é enfática quanto à importância de os sistemas de financiamento da saúde evitarem pagamentos diretos no momento da assistência, e priorizarem o pré-pagamento de contribuições financeiras, bem como a

partilha dos riscos entre a população, para evitar despesas de saúde catastróficas e o empobrecimento dos indivíduos como um resultado por se buscar o cuidado necessário.

O Relatório Mundial da Saúde 2010 identificou os pagamentos diretos (taxas de utente ou de utilização) como o maior obstáculo ao progresso, e o pré-pagamento como uma base solidária mais eficiente e equitativa para aumentar a cobertura populacional, que significa os ricos subsidiarem os pobres, e os saudáveis, os doentes.

Em artigo da Revista Lancet, a partilha dos riscos é apresentada como uma solução para compartilhar os custos com despesas de saúde entre a população e prevenir gastos catastróficos (LAGOMARSINO et al., 2012), ao permitir a transferência de subsídios dos ricos para os pobres. Os países realizando reformas nos sistemas de saúde (nota para o fato de em inglês ser utilizada a expressão “*insurance reforms*” implicando a criação de um fundo solidário de asseguramento, público com seguro subsidiado podendo contar com a participação privada com os planos de saúde) utilizam duas abordagens com relação aos fundos: a abordagem incremental começando com diferentes fundos para populações focalizadas e, com o tempo, promovendo sua expansão ou combinação, e a abordagem do fundo único para cobrir toda a população, o que sugere que os países estão caminhando para uma concentração de fundos maiores (LAGOMARSINO et al., 2012).

Os trabalhos revisados pela Lancet apoiam a ideia de que expansões na cobertura medidas por altos níveis de despesas de saúde partilhadas normalmente levam a melhores resultados da população, porém há grandes variações entre os indicadores e categorias de despesas analisadas, e a efetividade depende da qualidade da governança e instituições (MORENO-SERRA; SMITH, 2012). Ademais, a evidência sugere que os ganhos com a expansão do financiamento partilhado e acesso a serviços tendem a ser maiores nos países mais pobres do que nos mais ricos, e nos subgrupos populacionais mais pobres nos países (MORENO-SERRA; SMITH, 2012). Portanto, os mecanismos públicos de partilha são essenciais para a transição para a cobertura universal.

Segundo a Lancet, apesar de a UHC ter sido alcançada por diferentes sistemas de saúde (Reino Unido, Alemanha, França, etc.), envolvendo variados processos políticos e ação política, a partilha das despesas é uma condição necessária (mas não suficiente), que pode ser mobilizada como impostos canalizados pelos governos para fornecer ou subsidiar os serviços de saúde, ou como contribuições para esquemas de seguro obrigatório, com o

objetivo de realocar fundos dos saudáveis para os doentes, bem como subsidiar o atendimento aos pobres por meio da contribuição para os fundos pelos ricos (SAVEDOFF et al., 2012).

O artigo de Lagomarsino também ressalta que os países estão enfrentando dificuldades para aumentar os fundos de pré-pagamento para a expansão da cobertura da saúde tendo em vista a grande porcentagem de trabalhadores informais ou mesmo grande parcela da população pobre com poucos recursos para contribuir (LAGOMARSINO et al., 2012). As conquistas para aumentar as despesas foram alcançadas por meio de um mix de mecanismos de pré-pagamentos, como impostos gerais e específicos, deduções da folha de pagamento, e contribuições individuais para seguros, resultando numa diminuição dos pagamentos diretos no momento da assistência. As contribuições individuais ainda são em uma menor escala tendo em vista os elevados custos de administração e potenciais efeitos regressivos, porém os governos dos países analisados têm investido nessa opção, inclusive utilizando inovações tecnológicas e expandindo para o setor informal (LAGOMARSINO et al., 2012). Outras dificuldades são a identificação dos elegíveis para os programas focalizados e apoio político para o aumento da arrecadação de impostos para a saúde.

A proporção dos custos cobertos por um programa de seguro demonstra quão bem a população está coberta contra o empobrecimento causado pelos custos com a saúde (LAGOMARSINO et al., 2012). Mesmo que alguns programas nacionais de seguro saúde ainda não cubram toda a população, espera-se que tais programas tenham algum efeito sobre os gastos totais dos pagamentos diretos. Um importante indicador de progresso poderia ser a comparação entre o total de gastos com pagamentos diretos como uma porcentagem dos custos totais com a saúde antes e após a implementação das reformas, para avaliar se houve reduções dos pagamentos diretos.

Citando o Relatório Mundial da Saúde 2010, o autor alerta sobre as diretrizes da OMS quanto ao fato de que os pagamentos diretos superiores a 15-20% do total dos gastos com saúde podem levar ao empobrecimento (LAGOMARSINO et al., 2012). Elevados gastos com pagamentos diretos podem ser causados por diversos fatores, incluindo a não integração de toda a população em programas de cobertura, ausência de cobertura de serviços essenciais (medicamentos, instituições privadas de alto nível, ou custos adicionais

como transporte), cobrança indevida ou ilegal pelas instituições, ou pouca compreensão dos benefícios pelos usuários dos serviços.

A OIT tem como objetivo último no campo da proteção social à saúde alcançar o acesso universal a serviços de saúde acessíveis de qualidade adequada e proteção financeira no caso de doença (OIT, 2011). A proteção social à saúde é designada para aliviar a carga causada por problemas de saúde e reduzir os custos diretos de doenças e debilidades. Uma melhor saúde permite que as pessoas trabalhem e gerem renda, e assim tem o potencial de quebrar o ciclo da saúde precária e pobreza. Preconiza a universalidade da proteção, com base na solidariedade social.

A estratégia da OIT para o acesso universal à saúde visa superar as lacunas na cobertura e as barreiras financeiras para o acesso por meio do desenvolvimento de sistemas de proteção social à saúde eficientes e efetivos. Pretende-se garantir que as pessoas com necessidades não enfrentem privação e um risco crescente da pobreza devido às consequências financeiras por ser buscar o cuidado essencial à saúde. A estratégia da OIT é fundamentada no direito à saúde e seguridade social, e enfatiza o significado da proteção social à saúde com relação ao trabalho e emprego. Ela é diretamente relevante para se atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

O piso de proteção social nacional, definido na Recomendação OIT nº 202, 2012, referente aos pisos de proteção social nacionais, deve garantir o acesso a serviços de saúde essenciais incluindo proteção financeira e segurança de renda básica para todos que necessitem. As garantias devem ser definidas tendo em vista a equidade, solidariedade e justiça social. Devem ser aplicadas independente de idade, gênero, etnia, renda, status de emprego ou geografia e evitar desigualdades entre trabalhadores da economia formal e informal e entre ricos e pobres.

2.7 Financiamento dos Sistemas de Saúde e o caminho para a cobertura universal

O Relatório Mundial da Saúde 2010 da OMS organizou, por meio de estudos em diversos locais, um “menu de opções para angariar recursos suficientes e remover barreiras financeiras ao acesso, especialmente para os pobres” (OMS, 2010, p. iv), pela redução dos

pagamentos diretos e a melhoria da eficiência e equidade, com ênfase na transição para a cobertura universal.

Para aumentar os recursos indica três caminhos: (i) aumentar a eficiência da coleta da receita fiscal – um sistema fiscal com benefícios substanciais para a despesa pública total, e particularmente para a saúde; (ii) redefinir as prioridades dos orçamentos governamentais; e (iii) investir em um financiamento inovador (OMS, 2010).

Quanto a remover riscos e barreiras financeiras ao acesso, o Relatório (OMS, 2010) destaca ser imprescindível a solidariedade entre os doentes e saudáveis, e entre os ricos e pobres, bem como as contribuições dos jovens para o atendimento dos idosos. A forma de pagamento direto, ou copagamento, é uma prática utilizada por quase todos os países, e a alternativa para superar a dependência dos pagamentos diretos é a partilha de riscos e o pré-pagamento. Para os sistemas de pré-pagamento os fundos provêm de fontes variadas, sobre rendimentos e salários, impostos sobre o valor agregado (IVA), sobre o consumo de tabaco e álcool, ou prêmios de seguros. A parcela pobre da população não poderá contribuir e terá que ser subsidiada com fundos comuns, por meio de acesso direto a serviços financiados pelo governo ou subsídios a prêmios de seguro. Segundo o Relatório, a sustentabilidade somente é possível mediante planos de seguros comunitários e microseguros num fundo comum com contribuições obrigatórias para toda a população. A OMS e a OIT estão ajudando os países a desenvolverem uma Plataforma Integrada de Proteção Social, que inclui os tipos de proteção contra os riscos financeiros (OMS, 2010).

Com relação aos recursos, além dos esforços domésticos, os países de baixa renda precisarão de apoio da comunidade internacional para que possam expandir o acesso a serviços. Segundo o Relatório (OMS, 2010), a maioria dos países africanos de baixa renda não teria condições de gerar fundos necessários para atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs) a partir de fontes domésticas apenas, a solidariedade global é necessária, e é citada a Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD), que deverá contar com o financiamento inovador.

2.8 Debates em torno da UHC na Agenda de Desenvolvimento pós-2015

Os ODMs, apesar das suas fragilidades, continuam a ser uma poderosa ferramenta para focar a atenção do mundo nas questões do desenvolvimento. Os objetivos são essencialmente intervenções, que modelam o significado do desenvolvimento e influenciam as transferências dos recursos dentro e entre as nações e instituições (ONU, 2012).

O processo em torno da definição da agenda pós-2015 será altamente competitivo, não apenas para incluir uma vasta gama de tópicos, mas também para influenciar o discurso sobre a abordagem do desenvolvimento. As transições política e econômica combinadas com a universalidade dos desafios de desenvolvimento exigem que a agenda pós-2015 seja relevante para todas as sociedades. A comunidade da saúde precisa responder: como lidar com a concorrência? Como estabelecer os objetivos de saúde a partir de uma perspectiva global ao invés dos países em desenvolvimento? E como posicionar a saúde no contexto do desenvolvimento sustentável?

Há uma crescente inquietação global sobre o fracasso do desenvolvimento econômico em fornecer benefícios equitativos, e a desigualdade é um catalisador chave da recente instabilidade e reforma política em muitos países. Há a necessidade de a) continuar a garantir o progresso substantivo contra o atual conjunto de objetivos relacionados à saúde; b) apoiar esforços nacionais com o trabalho de *advocacy* necessário para sustentar o apoio político e financeiro que é necessário; e c) manter os níveis de investimento nos sistemas nacionais e internacionais para acompanhar os resultados e recursos (ONU, 2012).

A característica comum para a agenda global é a necessidade de mudar o foco dos sistemas de saúde em desenvolvimento que lidam com selecionadas doenças e condições. Em vez disso, o foco se tornou assegurar acesso a serviços, usando inovação para fomentar eficiência, prevenir a exclusão e proteger as pessoas contra gastos catastróficos quando ficarem doentes por meio da ampliação da cobertura universal da saúde (ONU, 2012).

Uma abordagem baseada nos direitos humanos é essencial, sustenta a ação e fornece parte da fundamentação para a inclusão da saúde na agenda do desenvolvimento pós-2015. A realização progressiva dos direitos civis, culturais e políticos bem como econômicos e sociais é um pré-requisito para o crescimento sustentável e o desenvolvimento humano. Independentemente de onde se vive, do gênero, idade ou status socioeconômico, ser

saudável e ter acesso a serviços de saúde de qualidade e efetivos é de fundamental importância para todos, enquanto que ao mesmo tempo populações saudáveis são essenciais para o avanço do desenvolvimento humano, bem-estar e crescimento econômico.

O desenvolvimento sustentável deve pôr ênfase na justiça social e em sua realização em todos os países ricos e pobres. Os desenvolvimentos da política social nas principais economias emergentes, tais como Brasil, México, Índia, China e África do Sul, evidenciam cada vez mais a importância da cobertura universal da saúde como um meio de vincular o desenvolvimento social e econômico equitativo. A agenda da saúde global deve abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde, não apenas as causas mais agudas de doenças e agravos.

Uma interpretação alternativa é que a saúde é genuinamente uma questão de interesse global, e que é afetada por uma vasta gama de políticas de uma ampla gama de setores. O desafio então é decidir como a “saúde” nesse sentido amplo pode ser caracterizada de uma maneira que seja mensurável e garanta o ímpeto político e o entendimento público. O desafio é decidir se as abordagens baseadas nos direitos humanos, equidade, determinantes sociais, precisam estar refletidas no modo como os objetivos e metas específicas da saúde são estruturados, ou se as abordagens são aplicáveis igualmente a todos os setores do desenvolvimento.

A saúde pode contribuir para se alcançar os objetivos de sustentabilidade; a saúde é um beneficiário potencial do desenvolvimento sustentável; e a saúde é uma maneira de medir o progresso por todos os três pilares da política de desenvolvimento sustentável. A política de saúde, por meio da cobertura universal da saúde, pode contribuir para a redução da pobreza. A transição da saúde apressa a transição demográfica de altas para baixas taxas de nascimento e mortalidade, acelerando o crescimento econômico. Esse bônus demográfico pode representar um grande aumento da produtividade e perspectivas dos países para o desenvolvimento.

O marco do pós-2015 deve incluir objetivos, metas e indicadores concretos. Entretanto, talvez haja a necessidade de um horizonte a longo prazo, com marcos intermediários (ONU, 2012). O processo de definição de novos objetivos, metas e indicadores em saúde, assim como em outros setores, deve ser inclusivo e baseado em uma ampla consulta com atores políticos (*stakeholders*) desde o princípio. Uma maior

flexibilidade para adaptar os objetivos e metas para as realidades nacionais e subnacionais tem sido amplamente reconhecida como uma importante característica do marco pós-2015. Porém, também é preciso dar uma maior atenção aos meios e processos intermediários, com metas e indicadores, focando na coerência política sem ser prescritivo aos formuladores de políticas e levando em consideração que as realidades nacionais são diversas e não há uma solução única para todos os casos.

Há um forte argumento para enquadrar os objetivos da saúde de modo a influenciar os formuladores de políticas em todos os países em diferentes níveis de desenvolvimento (universalidade). Uma melhor saúde deve ser um objetivo de alto nível único, que envolve um pequeno conjunto de indicadores abrangentes que acompanhe o progresso nos domínios econômico, social e ambiental. Uma dimensão da equidade precisa ser uma parte integral de tal indicador. O desafio é estruturar um objetivo e meta da saúde abrangentes de forma a levar a uma mudança que seja relevante para todos os países; que reconheça a saúde como uma preocupação global; que apele aos políticos e ao público; e que seja realmente mensurável.

Um único objetivo da saúde abrangente deverá ter uma posição proeminente como parte de um novo conjunto de Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável. A UHC foi cogitada como um indicador da saúde transversal que coloca o foco no acesso aos serviços e na proteção financeira, porém a UHC enquadra a saúde puramente no contexto dos serviços de saúde, perdendo o ponto de que a saúde é um produto de políticas em muitos outros setores.

2.9 Resolução A66/24 da OMS de 2013 – Cobertura Universal da Saúde

A Resolução A66/24 da OMS, de 22 de março de 2013, relatório da Assembleia Mundial da Saúde sobre a UHC, delineia os principais componentes da UHC, e traça relevante progresso, desafios e esforços contínuos e futuros da OMS para fornecer apoio técnico para os Estados Membros para o financiamento da cobertura universal. A Resolução se baseia no Relatório Mundial da Saúde 2008, no qual a cobertura universal foi considerada como um dos quatro princípios orientadores da atenção primária, e no Relatório Mundial da Saúde 2010, no qual se mostrou como os países podem modificar

seus sistemas de financiamento da saúde para alcançar a cobertura universal da saúde (sem no entanto questionar a atual ordem econômica mundial e a hegemonia do capital financeiro).

O Brasil é citado como um exemplo de país de renda média que vem tomando medidas para modificar seu sistema de saúde visando à cobertura universal. Na aplicação dessas estratégias, os países veem na cobertura universal da saúde duas vertentes relacionadas entre si: a cobertura de todos pelos serviços de saúde necessários (prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos), e sua cobertura por uma proteção contra os riscos financeiros. A UHC tem por objetivo garantir que todas as pessoas obtenham os serviços de saúde que necessitam sem risco de ruína econômica.

Segundo a Resolução A66 (OMS, 2013) *o avanço para a UHC é um processo que requer progressos em várias frentes: a gama de serviços disponíveis para a população (os medicamentos, produtos médicos, profissionais da saúde, infraestrutura e informação necessários para garantir uma boa qualidade); a proporção dos custos desses serviços que está coberta, e a proporção da população que está coberta. Esses avanços têm que estar protegidos durante as recessões econômicas ou financeiras. A UHC não consiste em alcançar um pacote mínimo fixo.*

Desde 2005, a Assembleia da Saúde e os comitês regionais adotaram mais de 80 resoluções relacionadas com o financiamento da saúde ou do desenvolvimento dos sistemas de saúde, o qual ilustra o compromisso coletivo com o fortalecimento do sistema de saúde e os princípios da UHC.

Mundialmente foram feitos progressos contínuos para a UHC, com respeito tanto ao aumento da cobertura de serviços de saúde (particularmente dos relacionados com os ODMs), como ao nível de proteção contra os riscos financeiros e ao fortalecimento do sistema de saúde em geral.

Apesar do aumento dos gastos com saúde, em muitos países os fundos seguem sendo insuficientes para garantir a UHC, inclusive com uma séria mínima de serviços de saúde (isto é, para respaldar a prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos). O Grupo Especial de Alto Nível sobre Formas Inovadoras de Financiamento dos Sistemas de Saúde calculou que para garantir a cobertura, ainda que fosse com uma séria mínima de serviços, os países necessitavam de uma média de US\$ 44 per capita em

2009, cifra que aumentaria a US\$ 60 em 2015. Em 2010, o gasto médio com saúde nos países de baixa renda foi de US\$ 32 per capita; 26 Estados Membros ainda gastaram em saúde menos de US\$ 44 per capita procedentes de todas as fontes de financiamento, incluindo doação.

Em 2013 foram iniciados nas Nações Unidas debates oficiais para determinar os progressos para a realização dos atuais ODMs e decidir sobre os novos objetivos para depois de 2015. O aumento da qualidade e disponibilidade dos serviços de saúde a um preço acessível para o setor não convencional é um grande desafio. A OMS está tomando medidas para fomentar o apoio técnico e formativo aos Estados Membros a fim de possibilitar um diálogo sobre o conjunto de políticas, estratégias e planos nacionais em matéria de saúde, assim como sobre os enfoques a serem aplicados para abordar os determinantes sociais da saúde. A ênfase no diálogo normativo contribuiu para um esforço mais sistemático para imprimir coerência a alguns sistemas fragmentados e integrar mais eficazmente o apoio da OMS com relação aos diversos componentes dos sistemas de saúde. Foi mencionada a esperança dos países de que a UHC figure na agenda para o desenvolvimento pós-2015.

Algumas necessidades são comuns a todos os países, como a necessidade de intensificar o acompanhamento dos progressos e avaliação das reformas, ou de contar com melhores mecanismos para vincular a evidência e as políticas nacionais. A importância do acompanhamento dos avanços para a UHC foi um tema recorrente, e a OMS e o Banco Mundial foram solicitados a elaborar um marco de vigilância que ajude os países a seguirem de perto os progressos.

2.10 Alguns olhares e questões críticas sobre as propostas das agências e organismos promotores da UHC:

O Movimento pela Saúde dos Povos (PHM, 2013) menciona ser bem-vindo o contínuo interesse e entusiasmo pela UHC. Entretanto, destaca a preocupação com relação ao termo “cobertura” universal da saúde como oposto ao “cuidado universal da saúde” por todo o documento A66/26 bem como relatórios prévios da OMS. Embora o parágrafo 7 define que a cobertura da saúde “não é sobre se alcançar um pacote mínimo fixado”, o

documento discute a UHC consistentemente como se esta fosse completamente uma abordagem baseada no seguro para a prestação dos serviços de saúde. O parágrafo 7 particularmente indica uma ênfase no financiamento para “ao menos um conjunto mínimo de serviços de saúde”. O PHM se preocupa que esse foco venha a perpetuar os princípios da atenção primária seletiva que substituíram os princípios de Alma Ata.

O PHM apela para que os Estados Membros reconsiderem essa visão atual da UHC, que poderia levar ao desmantelamento ou a um maior enfraquecimento dos sistemas de saúde pública ao fornecer um espaço crescente para o setor comercial lucrativo. Sugerem o retorno do termo “cuidado”, a ser atingido por meio de sistemas organizados e responsáveis de provisão pública de alta qualidade de atenção primária à saúde abrangente. De fato, acesso a serviços de qualidade, apesar de importante, deve ser entendido como uma estratégia integrada a um mais abrangente marco de sistemas de saúde que atendem aos estruturais determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. Finalmente, apela para os Estados Membros a visionarem a UHC além do financiamento para a cobertura universal, executada como uma abrangente estratégia da atenção primária à saúde conduzida pela participação comunitária.

Remco Van de Pas (2013), da ONG Wemos da Holanda, destaca: *A contradição é óbvia. Há um forte incentivo para incluir a cobertura universal em saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015 e para os países avançarem para a cobertura universal nacionalmente. Ao mesmo tempo esses países estão lidando com a concorrência fiscal (global), a evasão fiscal e um setor financeiro desregulado que está jogando com o capital de cassino em âmbito mundial. É um bom primeiro passo que a OMS e o Banco Mundial trabalhem com os Estados Membros no sentido de aumentarem a capacidade e tomarem medidas para a cobertura universal em saúde. Os atores trabalhando para o avanço da cobertura universal inevitavelmente vão chegar à questão da reivindicação por uma política nacional e espaço fiscal como uma condição macroeconômica básica para um país avançar sua cobertura de proteção social e de serviços de saúde. Bons exemplos nesse sentido incluem o Brasil e a Tailândia.*

A questão é se todos os países que estão agora apoiando a causa da cobertura universal em saúde estão dispostos a progredir para uma maior regulação do setor financeiro e para a reforma de suas políticas fiscais. Será que esses países são capazes de

chegar a um acordo sobre os mecanismos de redistribuição e o mecanismo regulatório de âmbito global para reduzir o enorme montante de riqueza não tributada e capital de cassino, e então liberar consideráveis recursos para o financiamento dos pisos de proteção social nacionais? Serão capazes de desenvolver sistemas de tributação de fato “progressivos”, não meramente baseados na renda ou IVA, mas na riqueza e emissão de CO2? Ou preferimos uma filantropia global para fornecer os fundos complementares para os avanços na cobertura universal em saúde e na seguridade social? (Van de Pas, 2013). *Conclusão: a cobertura da Saúde Universal está, na sua essência, relacionada a demandas e escolhas políticas e inerentes relações de poder, tanto no âmbito nacional como global. Se estivermos de acordo com a inclusão da cobertura universal em saúde na agenda do pós-2015, então devemos estar dispostos a realmente nos envolvermos na batalha política e ideológica que será travada nos próximos tempos.*

Resgatando a radicalidade dos direitos humanos como parte de um conjunto sistêmico de direitos notamos a tensão de oposição, com conflito entre:

- o conceito de universalidade versus a focalização que vem caracterizando as políticas sociais particularmente desde os anos 80 com os ajustes estruturais e a ascensão das políticas de combate à pobreza;

- a oposição entre integralidade do direito e, portanto, de acesso a bens e serviços versus a restrição de benefícios conforme capacidade de pagamento, chegando aos famosos mínimos sociais ou pacotes de benefícios;

- e finalmente uma tensão importante entre igualdade ou igualitarismo versus equidade, onde equidade já não se refere ao reconhecimento da necessidade de viabilizar a justiça social, mas sim como justificativa de focalização em contexto de restrição de recursos individuais ou públicos, fortalecendo um argumento de focalização nos pobres e assim gerando uma ruptura do princípio do universalismo de corte integral.

A hegemonia neoliberal no campo da doutrina social e econômica, promovida por poderosas comunidades epistêmicas instaladas em redes de instituições acadêmicas e nos organismos do sistema originado em Breton Woods, capturou o sentido dos direitos humanos e naturalizou no âmbito nacional e global um discurso baseado na focalização, em benefícios segundo capacidade de pagamento e na equidade, tudo amparado por

argumentos políticos de liberdade e de uma racionalidade econômica que ocuparam o espaço do debate ético sobre um contrato social baseado na solidariedade amparada nos direitos humanos.

No momento atual estamos em plena disputa em torno à explicação do momento histórico e conseqüentemente frente à decisão sobre os rumos a tomar.

Em torno à disputa pelo pleno direito humano à saúde, a proposta de UHC captura o espaço político de decisão sobre a saúde global, monopolizando através de uma disputa de ideias e de conhecimentos aplicados às possíveis saídas para a dívida social global e limitando o espectro do debate sobre o direito à saúde em particular e sobre os direitos sociais, econômicos e culturais com implicações e determinações no campo da saúde.

3. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

3.1 Elementos para uma discussão teórica sobre a disputa político-ideológica e as comunidades epistêmicas em torno à UHC

Karl Polanyi e o duplo movimento na história do capitalismo

José Luís Fiori (2013), no seu texto *Geopolítica e classes sociais*, afirma que *não há nenhuma evidência histórica de que exista uma relação necessária e monogâmica entre determinadas estratégias internacionais de poder e algum estado, regime político ou modo de produção particular. Nem tampouco, com alguma religião, fase do capitalismo ou classe social específica. Por isto, não é possível deduzir uma política internacional de um catálogo genérico dos interesses ou coalizões de classe. Como tampouco se pode atribuir - de forma necessária e permanente - uma política econômica ortodoxa ou heterodoxa, a alguma classe ou fração de classe exclusiva. Tudo dependerá, nos dois casos, das circunstâncias históricas, políticas e geopolíticas específicas de cada país.*

Fiori refere a obra do sociólogo e economista austríaco, Karl Polanyi (1886-1964), que segundo ele foi quem propôs, talvez, em 1944, *a tese mais original e instigante sobre a existência de uma “regularidade variável” e de longo prazo, na história do sistema interestatal e do capitalismo, entre as estratégias internacionais dos países e suas políticas econômicas e sociais, ou, de forma mais ampla, entre sua geopolítica e suas classes sociais.*

Ainda segundo Fiori, *Karl Polanyi identifica a recorrência de um “duplo movimento” na história do capitalismo, que seria resultado da ação permanente e contraditória de dois princípios organizadores das economias e sociedades de mercado, cada um deles apontando para objetivos diferentes. Um seria o “princípio do liberalismo” econômico que propõe, desde as origens do sistema, a globalização ou universalização dos mercados autorregulados, através da defesa permanente do laissez faire e do livre comércio. E o outro seria o princípio da “autoproteção social”, uma reação defensiva que se articula historicamente não em torno de interesses de classes particulares, mas em torno*

da defesa das “substâncias sociais ameaçadas pelos mercados”. Este princípio de “autoproteção social”, por sua vez, tenderia a se manifestar de duas maneiras diferentes: i) dentro de cada país, através de várias formas de luta, mobilização e democratização política e social, e de construção de redes igualitárias de proteção coletiva das suas populações; e ii) dentro do sistema internacional, através de uma reação defensiva/ofensiva dos estados que decidem proteger seus sistemas econômicos nacionais, frente a situações de crise e de aumento da competição e da belicosidade do sistema interestatal.

No caso dos países europeus, estes dois movimentos de autoproteção social e internacional convergiram, na maioria dos casos, graças à natureza secular, extremamente competitiva e bélica, do seu sistema político.

Mas o mesmo também ocorreu na luta anticolonialista de alguns países asiáticos, onde o sentimento de identidade e mobilização nacional cumpriu papel decisivo na soldagem de uma “comunidade de interesses” frente a um tipo de desafio externo que diluiu as fronteiras de classe e estimulou várias formas e políticas de proteção e fortalecimento nacional, e de solidariedade e igualdade social. Nestes casos, se pode dizer que ocorreu uma espécie de “renacionalização” das burguesias locais, e uma maior identificação de suas elites com seus territórios, suas populações e suas economias nacionais. Foi sobretudo nestas situações e circunstâncias que se formaram os grandes consensos e as coalizões de poder responsáveis pelo sucesso econômico e internacional das potências europeias e asiáticas.

Por fim, destaca Fiori, se pode dizer, a partir da tese central de Polanyi, que não existem proprietários das ideias, das políticas, e das estratégias, a história ensina que uma mesma ideia ou estratégia pode ser apoiada por diferentes coalizões de poder, em diferentes momentos e países, dependendo do contexto internacional.

Na segunda década do século XXI, o contexto mundial de crise, e aumento da belicosidade e da competitividade internacional está anunciando – uma vez mais – o surgimento de “condições externas” favoráveis à uma nova “era de convergência” entre as políticas de autoproteção social e nacional, dentro dos países situados nos escalões inferiores do sistema interestatal capitalista.

Segundo Polanyi, seriam nestas conjunturas que se abrem as portas para a formação dos consensos e das coalizões de poder capazes de questionar as assimetrias de poder e riqueza internacionais, e com força para sustentar políticas nacionais de crescimento e igualdade sociais aceleradas. Mas é também nestas horas de bifurcação que os países podem perder o bonde da história por longos períodos de tempo, caindo na vala comum do “desenvolvimentismo preguiçoso”, perdido na teia repetitiva e sonolenta das diatribes macroeconômicas, e movidos pela força quase inercial de infinitos interesses coligados e satisfeitos, sem uma hegemonia e uma direção estatal clara. Por absoluta falta de ousadia internacional e de uma estratégia econômica e social coerente, expansiva e de longo prazo.

O debate proposto por Fiori a partir da obra de Polanyi abre espaço para uma reflexão sobre a natureza e interesses que um debate como o da UHC coloca, pois trata-se de um movimento que possivelmente reflita esse duplo movimento da história do capitalismo e como tal gera uma complexidade de análise de oportunidades de contra-hegemonia no momento em que as próprias tensões de proteção nas sociedades capitalistas permitem um avanço na defesa dos direitos humanos e em conquistas políticas e sociais importantes.

Para fins de análise de perfis de comunidades epistêmicas essa orientação será muito útil, particularmente por que alerta para uma postura inercial do Estado, justamente o que enseja o descompromisso da UHC com a definição de sistemas nacionais de saúde e suas consequências, ao desestimar a importância de uma definição da UHC no contínuo histórico entre o modelo beveridgiano e o bismarckiano e ao não definir de forma clara sua posição de compromisso político no outro contínuo entre universalidade e focalização, gerando políticas sociais despotenciadas em sua orientação da economia e na garantia dos direitos cidadãos baseados nos direitos e na construção de sistemas públicos universalistas.

A narrativa decorrente desse pêndulo captura as contradições da própria acumulação capitalista concentradora de riqueza e geradora de pobreza do neoliberalismo e as devolve a partir de um arranjo de financiamento capaz de criar uma expansão do mercado com subsídio dos recursos do estado, afirmando a expressão individual do direito no marco do utilitarismo em detrimento de uma construção coletiva com potencial de narrativa histórica. Consequentemente o que ocupa então o espaço do debate é o financiamento, o *pool* de

recursos, a diminuição do gasto de bolso para algumas prestações ou *benefícios* mas não para o conjunto das necessidades, daí a discussão sobre a garantia explícita de pacotes como no Chile e no México, fala-se assim em garantia de um conjunto definido e limitado de benefícios possíveis de pagar não mais em integralidade baseada em direitos.

3.2 O conceito de Guerra de Posição e a Hegemonia

Segundo Giuseppe Vacca (2013), o conceito de “guerra de posição” faz parte da teoria da hegemonia e responde à exigência de definição das características históricas novas da luta política no mundo depois da Grande Guerra e da Revolução de Outubro. “A passagem da guerra manobrada à guerra de posição”, afirma Gramsci, surge “como a questão de teoria política mais importante colocada para o período do pós-guerra e a mais difícil de ser resolvida corretamente.” A “revolução em dois tempos”, ele havia afirmado no final dos anos vinte num célebre artigo do *Ordine Nuovo* (“*Due rivoluzioni*”), isto é, a conquista do Estado numa batalha campal definitiva e o empenho da máquina estatal para transformar coercitivamente a sociedade não podem se constituir no arquétipo da revolução proletária. A Revolução de Outubro, portanto, era considerada a última revolução do século XIX.

Parece-me que Ilitch havia compreendido — afirma Gramsci no caderno 7 — que havia ocorrido uma mudança da guerra manobrada, vitoriosamente aplicada no Oriente em 1917, para a guerra de posição, que era a única possível no Ocidente. [...] No Oriente, o Estado era tudo, a sociedade civil era primitiva e gelatinosa; no Ocidente, havia uma justa relação entre Estado e sociedade civil e, diante dos abalos do Estado, podia-se divisar imediatamente uma robusta estrutura de sociedade civil. O Estado era apenas uma trincheira avançada, por trás da qual se situava uma robusta cadeia de fortalezas e casamatas; isso se podia ver, mais ou menos, de Estado para Estado, mas esta observação exigia um acurado reconhecimento de caráter nacional.

A distinção entre Oriente e Ocidente retoma um tema que já havia estado no centro da elaboração alcançada nas Teses de Lyon. Ela enfatiza as características da relação entre produção e política na sociedade capitalista desenvolvida e esclarece sobre a impossibilidade de conceber a revolução socialista no Ocidente como um processo

“puramente político”. Nos países de capitalismo avançado — afirmou Gramsci no seu relatório de agosto de 1926 ao Comitê Central —, a classe dominante possui reservas políticas e organizativas que não possuía, por exemplo, na Rússia. Isto significa que também as crises econômicas gravíssimas não têm imediata repercussão no campo político. A política está sempre atrasada e bastante atrasada em relação à economia. O aparelho de Estado é muito mais resistente do que se pode imaginar e, com êxito, é capaz de organizar, nos momentos de crise, forças fiéis ao regime muito além do que a profundidade da crise deixaria supor.

Desenvolvendo a distinção entre Oriente e Ocidente, no caderno 13 (“Breves notas sobre a política de Maquiavel”), Gramsci chega a um enunciado teórico de valor geral a respeito das relações entre política e economia. No célebre § 17, “Relações de força: análise das situações”, à pergunta “se as crises históricas fundamentais são determinadas imediatamente pelas crises econômicas”, ele responde: “Pode-se excluir que, por si mesmas, as crises econômicas imediatas produzam eventos fundamentais; podem apenas criar um terreno mais favorável à difusão de determinados modos de pensar, de pôr e de resolver as questões que envolvem todo o curso subsequente da vida estatal”.

A importância do conceito de “guerra de posição” se afirma, então, como o ponto de chegada e de máxima generalização do raciocínio. Este modo de desmontar teoricamente o economicismo pode ser considerado o aspecto de maior originalidade da tradição comunista italiana e também a diferença mais evidente em relação às outras correntes do movimento comunista e socialista internacional. A guerra de posições é o processo através do qual o bloco dominado se fortalece nas instituições da sociedade civil, alterando a correlação de forças no tecido social característico da formação capitalista.

Na perspectiva de Gramsci, comentada por Giuseppe Vacca (2013), poderíamos cogitar analisar a UHC na perspectiva de um movimento que reforça o conceito que reduz os direitos a uma perspectiva liberal da liberdade de indivíduos para poder consumir serviços mediante umas garantias econômicas materializadas nos seguros em pool de riscos e recursos financeiros. Afastando o debate do terreno das garantias políticas, não almejando um Estado que assuma a garantia desses direitos e justifique a democracia política mediante a justiça social.

A oportunidade de romper este exercício hegemônico estaria na possibilidade de construir no campo político uma contra-hegemonia através da guerra de posições nos espaços nacionais e globais da sociedade civil e desde aí projetada nas sociedades políticas e nos Estados, explorando as contradições de uma proposta de UHC que não se propõe a romper a hegemonia da lógica da globalização financeira em marcha, onde a crise financeira encontra respostas legitimadas na restrição das proteções sociais tais como as políticas de austeridade, mas necessita prover mínimos sociais para não perder o controle político dos processos nacionais e globais.

3.3 Sobre os direitos humanos e os modos de produção das globalizações

Boaventura de Sousa Santos (1997) observa que os direitos humanos se haviam tornado a linguagem da política progressista e indica as condições em que os direitos poderiam ser colocados ao serviço de uma política progressista e emancipatória e para tanto argumentava que os direitos humanos teriam que se livrar do seu falso universalismo e se tornarem verdadeiramente multiculturais.

Na sua argumentação histórica o trajeto dos direitos humanos em seu uso no Pós-Guerra e na Guerra Fria, foi dominado pela hegemonia dos direitos em sua vertente liberal, centrado nos direitos civis em torno a um conceito de liberdade, sacrificados em nome dos objetivos do desenvolvimento e sendo vistos pelos setores de esquerda como avessos à emancipação, a qual seria somente alcançada pela revolução e o socialismo. Com a crise aparentemente irreversível daqueles projetos de emancipação então ressurgem os direitos humanos para preencher o vácuo deixado pelo socialismo. Boaventura se posiciona de forma muito condicional sobre essa possibilidade. Evoca condições para que os direitos humanos possam ser colocados a serviço da emancipação. Enumera três tensões dialéticas:

1. Entre regulação e emancipação, onde a emancipação teria deixado de ser o outro da regulação social para ser o seu duplo, com a crise do Estado Providência e a crise do socialismo ocorrendo simultaneamente e alimentando-se um do outro;
2. Entre Estado e sociedade civil, com um estado potencialmente maximalista, pois a sociedade civil como um outro do Estado, auto-reproduz-se através de leis que dimanam do Estado e que parecem não ter limites, nisto estaria o cerne do debate

sobre direitos humanos onde a primeira geração de direitos civis e políticos era uma luta entre sociedade civil e Estado, este considerado o principal violador potencial dos direitos humanos, com a segunda e terceira geração de direitos (econômicos, culturais, sociais, de qualidade de vida) se pressupõem que o Estado é o principal garantidor dos direitos humanos.

3. Entre o Estado-Nação e a Globalização. Sendo a modernidade um modelo de estados – nações em um sistema interestatal, é no Estado que ocorre a regulação e a emancipação sociais. Hoje a corrosão do Estado-Nação induz a pensar em regulação reconhecimento mundial da política de direitos humanos. Mas esses direitos se materializam no âmbito local e se assentam em pressupostos culturais específicos, sendo a política de direitos humanos uma política cultural, o que fortalece o predomínio do local ou nacional na apropriação dos direitos. A questão seria como os direitos seriam simultaneamente culturais / locais e globais? Boaventura propõe uma política progressista de direitos humanos com âmbito global e legitimidade local.

O autor discute as várias globalizações existentes e caracteriza quatro modos de produção da globalização, aquelas globalizações expressas como *localismo globalizado* (tal como *fast food* e uso da língua inglesa) e *globalismo localizado* (tal como o uso de recursos naturais para pagar dívida externa, zonas francas), os países centrais especializam-se em localismos globalizados e os países periféricos escolhem os globalismos localizados.

Porém, destaca outros dois modos de globalização – o *cosmopolitismo*, como forma de coalizões que permite organizarem-se os países, regiões, grupos sociais para defenderem seus interesses, utilizando as possibilidades de interação criadas pelo sistema mundial (organizações internacionais de direitos humanos, confederações sindicais internacionais, blocos e organizações de países sul-sul, etc.); e o movimento pelo *patrimônio comum da humanidade*, onde se projetam temas que só fazem sentido em escala planetária, tais como a biodiversidade, a exploração da Antártida, o aquecimento global, etc.

Desses dois modos emerge a ideia de que a globalização é uma arena de lutas transfronteiriças.

Assim sendo o localismo globalizado e o globalismo localizado seriam globalizações de cima para baixo e o cosmopolitismo e a luta pelo patrimônio comum seriam globalizações de baixo para cima.

Neste ponto é interessante localizar a agenda global pela UHC como um movimento de cima para baixo inscrito provavelmente em um globalismo localizado e que leva um componente de localismo globalizado ao propor experiências de universalismo do marco liberal como fórmulas disciplinadoras em escala global.

Boaventura argumenta que enquanto os direitos humanos forem caracterizados como universais eles estarão inscritos em um localismo globalizado. Os direitos humanos para poderem operar como cosmopolitismo teriam que ser reconceitualizados como multiculturais, entendido o multiculturalismo como pré-condição de uma relação equilibrada entre a competência global e a legitimidade local, que seriam os dois atributos de uma cultura contra-hegemônica de direitos humanos em nosso tempo. Inúmeras lutas por direitos humanos no mundo todo questionam a supremacia de um conceito ocidental e individual dos direitos – os direitos da tradição liberal e utilizado em chave utilitarista, para reivindicar os direitos humanos no marco de projetos de emancipação e de diálogos interculturais, gerando discursos e práticas contra-hegemônicas de direitos humanos.

Assim sendo, segundo Boaventura, a tarefa central da política emancipatória do nosso tempo seria transformar a conceptualização e prática dos direitos humanos de um localismo globalizado num projeto cosmopolita.

O proposto por Boaventura até aqui seria útil para caracterizar comunidades epistêmicas em torno à UHC, verificar sua representação dos direitos humanos nesses quatro modos de produção da globalização e, portanto, na forma como entendem a UHC e seu universalismo em termos de hegemonia e contra-hegemonia.

Boaventura indica que sendo um campo cultural e local, os direitos humanos para adquirirem universalidade teriam que passar por um exercício de hermenêutica diatópica onde as culturas mutuamente reconhecessem suas incompletudes e estabelecessem um diálogo positivo para avançarem. Sendo o imperialismo cultural e o epistemicídio parte da trajetória histórica da modernidade ocidental, essa tarefa não se apresenta como simples. Adicionalmente destaca que os grupos sociais têm o direito a ser iguais quando a diferença os inferioriza e o direito a ser diferentes quando a igualdade os descaracteriza. A

hermenêutica diatópica e essa forma de incorporar a igualdade e diferença seriam os dois imperativos interculturais.

Posto desta maneira, o tema do direito humano à saúde coloca, no debate de um processo político como o da UHC, em uma dimensão estratégica ampla como a proposta por Boaventura para entender os direitos humanos como bandeira progressista e emancipatória, mas por outro lado o direito humano à saúde tem umas dimensões materiais passíveis de universalidade, tais como o acesso à água e alimentos suficientes para manter a vida com qualidade ou ter os recursos técnicos e materiais para diagnosticar e tratar doenças que podem matar ou limitar a vida.

Nesta perspectiva a análise da UHC desde o campo dos direitos humanos se beneficia de uma classificação dentro dos modos de produção da globalização, ao mesmo tempo que permite uma análise via as materialidades do direito à saúde propostos a partir da experiência histórica como a do próprio SUS no Brasil. Refiro-me à forma de *densificação* do direito expresso na luta constante pela universalidade, integralidade e igualdade na construção brasileira. Pois adotando as dimensões do direito humano aplicado à saúde constantes da Carta Constitucional Brasileira podemos compor díades de oposição em contínuos que expressem:

- a universalidade (para todas e todos) frente à focalização excludente (a ideia de que a cobertura será para os que necessitam ou mais necessitam, em lugar de ser para todos),
- a integralidade frente aos pacotes de serviços e atenção conforme capacidade de contribuição ou financiamento (onde o exemplo constitucional do Brasil mantém aberta a expressão cultural das necessidades derivadas dos direitos em choque com a ideia de restrição segundo mínimos sociais, amparados pelo conceito de custo-benefício pelo máximo utilitarismo) e,
- a igualdade perfeitamente representada pela definição anterior de Boaventura de igualdades e diferenças e que se opõe ao discurso dominante de uma equidade funcional às restrições materiais do sistema, assumindo funções mitigatórias,
- adicionalmente uma díade entre financiamento do direito mediante arrecadação geral do Estado – forma redistributiva se há justiça tributária, versus o conceito de seguros muito funcional ao direito individual ainda que diluído em um *pool*

de asseguramento, segundo a proposta da UHC e que tem consequências nas formas em que a relação público-privada se estabelece nos sistemas de saúde.

- Finalmente um olhar sobre a menção e conceito utilizado para caracterizar os sistemas de saúde seria oportuno, para checar como podemos identificar no discurso das comunidades epistêmicas identificadas o papel e a natureza dos sistemas de saúde em sua natureza público estatal e em outras formas organizativas.

3.4 Sobre definição e utilidade do conceito de comunidades epistêmicas

Pinto de Faria (2003), no seu artigo *Ideias, Conhecimento e Políticas Públicas*, sugere que, em alguns casos, uma abordagem do processo de produção das políticas públicas que enfatize a aquisição e a utilização do conhecimento pode produzir explicações mais adequadas do que aquelas derivadas das teorias do *mainstream*, centradas no conflito. Contudo, dessa literatura parecem ainda hoje ter mais visibilidade e prestígio os estudos acerca dos processos de difusão do keynesianismo (ver, entre outros, Hall, 1989). Nesses trabalhos, porém, o usual é que não haja elaboração mais detalhada e generalizante acerca do papel específico das ideias e do conhecimento.

Parece possível sugerir, ainda, que as vertentes analíticas mais profícuas são aquelas que buscam explicitamente reconciliar ideias e interesses. Entre essas destacam-se, por sua sofisticação analítica, aplicabilidade e capacidade de engendrar novas pesquisas empíricas: (a) a abordagem das *advocacy coalitions*, desenvolvida principalmente por Paul A. Sabatier e por Hank Jenkins-Smith, em diversos trabalhos; (b) a abordagem dos *multiple-streams*, usualmente aplicada aos processos de formação da agenda, desenvolvida a partir do trabalho de John Kingdon (1984); (c) os estudos sobre as comunidades epistêmicas, capitaneados por Peter M. Haas; e (d) a ainda não tão explorada a perspectiva proposta por Judith Goldstein e Robert Keohane (1993) em seu livro *Ideas and foreign policy: beliefs, institutions and political change*.

Ainda segundo Pinto de Faria (2003), procurando primordialmente elucidar os processos e os atores envolvidos na busca de coordenação internacional de políticas, Peter Haas (1992) define comunidades epistêmicas como *networks of knowledge-based experts*

(p. 2) ou, mais especificamente, como uma rede de profissionais “com expertise e competência reconhecidas em um domínio específico e um *authoritative claim* ao conhecimento relevante às políticas públicas ligadas àquele domínio ou *issue-area*” (p. 3). Assumindo que os atores estatais agem tanto como “redutores de incertezas” quanto como maximizadores de poder e riqueza, admite-se um papel cada vez mais destacado para tais comunidades, dada a crescente incerteza técnica e a complexidade dos problemas da agenda internacional. As comunidades epistêmicas singularizam-se por compartilhar: (a) um conjunto de crenças normativas e *principled*, que fornece uma racionalidade baseada em valores (*value-based rationale*) para a ação social dos membros da comunidade; (b) determinadas crenças acerca de relações causa-efeito específicas, derivadas de suas análises de práticas que contribuem para a solução de um “conjunto central de problemas em sua área e que servem como base para a elucidação dos múltiplos vínculos entre políticas e ações possíveis e os resultados desejados”; (c) noções de validade, ou seja, critérios definidos internamente e de maneira intersubjetiva para a avaliação e a validação do conhecimento no domínio de sua especialidade; e (d) “um *policy enterprise* comum, ou seja, um conjunto de práticas compartilhadas associadas a um conjunto de problemas para os quais a sua competência profissional é dirigida, presumivelmente *com base na convicção de que, como uma consequência, o bem-estar humano será promovido* (Haas, 1992, p. 3).

Procura-se demonstrar empiricamente o papel desempenhado pelas comunidades epistêmicas na definição e na divulgação das relações causa-efeito referentes a problemas complexos, “ajudando os Estados a identificar os seus interesses, a enquadrar as questões no debate coletivo, propondo políticas específicas e identificando questões de destaque para as negociações” (p. 2). Sublinha-se, contudo, o fato de o alcance do impacto das comunidades epistêmicas permanecer condicionado e limitado pelas estruturas de poder nacionais e internacionais. Dito de outra forma, considera-se o aprendizado como um processo que “tem a ver mais com a política do que com a ciência, o que transforma o estudo do processo político em uma questão relacionada a quem aprende o quê, quando, para o benefício de quem e por quê” (Adler e Haas, 1992, p. 370). Há importantes estudos acerca do impacto dessas comunidades nas áreas de política ambiental, comercial, de direitos humanos, de controle da proliferação de armas nucleares e da regulamentação da pesca da baleia, entre outras.

A principal premissa de Goldstein e Keohane (1993) no livro *Ideas and foreign policy: beliefs, institutions and political change*, testada em uma série de estudos de caso compilados no mesmo volume, é de que as ideias podem explicar algumas mudanças nas políticas quando as interpretações baseadas nos interesses são falhas ou por demais parciais.

Os autores delimitam três mecanismos causais supostamente capazes de explicar a influência das ideias sobre a ação política e sobre as possibilidades de mudança nas políticas públicas: (a) as ideias podem servir como *road maps* que ajudam os atores a determinar as suas preferências em um mundo cada vez mais complexo e repleto de incertezas; (b) quando da análise, na teoria dos jogos, de situações em que a ausência de um equilíbrio único em jogos repetidos faz com que os *outcomes* sejam indeterminados. Em muitos desses casos, as ideias poderiam aliviar os problemas de cooperação ao oferecer soluções; (c) as ideias, tornando-se *embedded* nas instituições e práticas sociais, poderiam barrar cursos de ação pela cristalização de rotinas políticas. Note-se que os pontos (a) e (c) são também enfatizados pelos estudiosos das chamadas comunidades epistêmicas.

Por fim, cabe notar que, com exceção da abordagem das *advocacy coalitions*, em cujo modelo há uma concepção implícita de democracia concorrencial, as demais vertentes analíticas aqui brevemente inventariadas parecem privilegiar um certo viés cooperativo do jogo político.

Entendo que o enfoque de Peter Hass complementado pelo proposto por Goldstein e Keohane podem ser elementos fundamentais para caracterizar as comunidades epistêmicas e sua forma de atuar nos processos de formulação e aplicação das políticas globais, neste caso específico servindo como categoria de análise de conteúdos associados a estratégias políticas aplicadas a UHC.

Finalmente, cabe ressaltar que a simples articulação aqui proposta desses quatro referenciais analíticos em torno ao objeto deste Projeto já será uma contribuição relevante para o debate da UHC, pois constrói narrativas de grande poder explicativo que se potencializam mutuamente.

Na discussão dos resultados trataremos de articular essas ideias com elementos do debate proposto por Robert W. Cox nos anos 80 a partir de Gramsci e de Thandika

Mkandawire (2005) em torno ao tema do universalismo e da focalização no combate à pobreza.

.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar as comunidades ou configurações epistêmicas em torno da definição de *Universal Health Coverage* (UHC), buscando entender e analisar os conceitos dominantes a partir das definições e apropriações do direito humano à saúde.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Analisar de um ponto de vista de afiliação epistêmica ao direito humano à saúde o alinhamento das propostas de UHC presentes em documentos selecionados que promovem a proposta, no âmbito da OMS, OIT, Banco Mundial e Assembleia Geral da ONU, publicados entre 2010 e 2014,
- 2- Identificar através dos documentos os perfis que poderiam ser utilizados para caracterizar comunidades epistêmicas em termos de suas afiliações aos modos de produção da globalização tendo como referência seus conceitos de direito humano à saúde, caracterizados nas díades de oposição entre universalismo x focalização, integralidade x mínimos sociais e igualdade x equidade entre classes sociais, para caracterizar perfis de comunidades epistêmicas identificáveis, compondo um quadro analítico comparativo,
- 3- Analisar as discussões propostas sobre o financiamento da oferta pública e privada de serviços no contexto do universalismo baseado na fiscalidade ou nos seguros, aprofundando a análise da relação público-privado no contexto da UHC,
- 4- Caracterizar e discutir a UHC em seu potencial de legitimação da proposta hegemônica de representação dos direitos humanos em saúde ou de refutação da mesma em prol de uma proposta contra-hegemônica, reconhecendo assim

mesmo as opções táticas no compasso da hegemonia dentro de um movimento estratégico de construção de contra-hegemonia favorável ao direito humano e social à saúde.

5. METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa documental, de caráter exploratório e descritivo, sobre perfis de comunidades epistêmicas em torno da definição da UHC. Segundo Gil (1996), a pesquisa documental visa estudar e analisar fontes bibliográficas secundárias, tais como: documentos de órgãos públicos, regulamentos, jornais e boletins.

A matéria prima para a pesquisa proposta são aqueles documentos publicados entre 2010 e 2014 pelos quatro principais espaços intergovernamentais envolvidos:

1. OIT – a partir da análise do Informe Bachelet “Piso de Proteção Social para uma Globalização Equitativa e Inclusiva” (OIT, 2011) e da Recomendação 202 sobre os pisos de proteção social (OIT, 2012), onde se localiza e integra a UHC;

2. OMS – a partir do Informe Mundial de 2010 “Financiamento dos Sistemas de Saúde: o caminho para a cobertura universal” (OMS, 2010) e as resoluções da *World Health Assembly* sobre a UHC desde então: Resolução WHA64.9 sobre as estruturas de financiamento sustentável da saúde e a cobertura universal (OMS, 2014) e o informe A/66/24 sobre a UHC da Secretaria da 66.^a Assembleia Mundial da Saúde (OMS, 2013); incluindo a Resolução CD52.R11. Proteção Social em Saúde da OPAS (OPAS/OMS, 2013).

3. ONU – a partir da Resolução A/67/L.36 (ONU, 2012), que aprovou a UHC na Assembleia Geral da ONU, e da Resolução A/68/L.98 sobre saúde global e política exterior (ONU, 2013).

4. Banco Mundial – analisando o documento UNICO sobre a UHC de 2013 (WORLD BANK, 2013a) e o documento *Scaling Up* de 2013 (WORLD BANK, 2013b).

Os documentos serão analisados a partir de uma classificação do seu conteúdo em díades de oposição procurando tornar visível como os enunciados representam os direitos humanos ou não os representam.

Na análise posterior serão desenvolvidas as seguintes perspectivas:

- 1- Identificação de elementos que caracterizem as comunidades epistêmicas em termos de sua afiliação aos modos de produção social da globalização tendo como referência seus conceitos de direito humano à saúde,
- 2- Exploração das categorias de oposição nas díades entre universalismo x focalização, integralidade x mínimos sociais e igualdade x equidade entre classes sociais, para caracterizar as comunidades epistêmicas em sua representação ou negação do direito à saúde, compondo um quadro analítico comparativo,
- 3- Identificação e discussão das propostas sobre o financiamento da oferta pública e privada de serviços no contexto do universalismo baseado na fiscalidade ou nos seguros, aprofundando a análise da relação público-privado no contexto da UHC.

Os documentos examinados foram lidos a partir de versões oficiais em espanhol e português e foram mantidos nestas línguas nos recortes que estão documentados na seção de Resultados. Exceção feita aos dois documentos do Banco Mundial que foram lidos em inglês e traduzidos para o português no que tange aos fragmentos de interesse que se apresentam na seção de Resultados.

Nos trechos de documentos que foram classificados no exercício realizado, foram preservadas as referências contidas no texto original, assim como os números de notas de rodapé e outros, de modo que o leitor interessado poderá buscar nos textos integrais, indicados nos links da Bibliografia, o esclarecimento das referências e notas relacionadas.

6. RESULTADOS

UNIVERSALIDADE X FOCALIZAÇÃO

OMS. **Financiamento dos Sistemas de Saúde: o caminho para a cobertura universal, Relatório Mundial da Saúde.** [online]. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf>. Acesso em: 26 de setembro de 2014.

UNIVERSALIDADE

- Em primeiro lugar, em qualquer país há sempre uma parte da população que é demasiado pobre para contribuir através de impostos ou prêmios de seguros. Eles terão de ser subsidiados pelos fundos comuns, geralmente através de receitas governamentais. Esta assistência pode tomar a forma de acesso directo a serviços financiados pelo governo ou através de subsídios aos seus prêmios de seguro. **OS PAÍSES EM QUE TODA A POPULAÇÃO TEM ACESSO A UMA GAMA DE SERVIÇOS** têm geralmente elevados níveis de fundos comuns – na ordem dos 5-6% do produto doméstico bruto (PIB). (pág. xvii)
- O resultado último da cobertura universal exige um compromisso para **COBRIR 100% DA POPULAÇÃO**, e os planos para este fim tem de ser desenvolvidos a partida, mesmo que o objetivo não seja atingido de imediato. (pág. xix)
- São também responsáveis por **ASSEGURAR QUE TODOS PODEM OBTER OS SERVIÇOS DE QUE NECESSITAM** e que estão protegidos do risco financeiro associado ao seu uso. Isto pode entrar em conflito com a procura da eficiência, pois os modos mais eficientes de utilizar recursos nem sempre são os mais equitativos. Por exemplo, é habitualmente mais eficiente localizar serviços em zonas populosas, mas atingir os pobres rurais requer a localização de serviços próximos deles. (pág. xxi)
- Os sistemas de financiamento devem ser especificamente desenhados para: **PROVER TODAS AS PESSOAS COM ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE QUE TÊM NECESSIDADE** (incluindo prevenção, promoção, tratamento e reabilitação) de

qualidade suficiente para serem eficazes; e assegurar que a utilização de serviços de saúde não exige do utente sacrifício financeiro (14). (pág. 6)

- O Gana, por exemplo, começou depois da Independência em 1957 a **PRESTAR CUIDADOS MÉDICOS A SUA POPULAÇÃO**, gratuitos no momento de prestação do serviço, através de unidades financiadas pelo governo. Abandonou o sistema no início da década de 80 devido a graves restrições, antes de introduzir recentemente um tipo de seguro nacional (Caixa 1.5). (pág. 9)

FOCALIZAÇÃO

- Mas os rendimentos não são o único factor com influência sobre a cobertura com serviços. Em muitos contextos, **MIGRANTES, MINORIAS ÉTNICAS E POVOS INDÍGENAS USAM MENOS OS SERVIÇOS DO QUE OS OUTROS GRUPOS POPULACIONAIS**, mesmo que as suas necessidades sejam maiores. (pág. xii)

- Quando a população tem acesso a mecanismos de pré-pagamento e distribuição de risco, o objectivo da cobertura universal torna-se mais realista. Estes mecanismos baseiam-se em pagamentos independentes do estado de saúde do pagador, distribuídos ao longo da vida e usados para financiar serviços de saúde - tratamento e reabilitação para os doentes e diminuídos, e prevenção e promoção - **PARA TODOS OS QUE ESTÃO COBERTOS**. (pág. xvii)

- Mesmo quando o financiamento é predominantemente pré-pago e agregado num fundo comum, terão de ser considerados os *trade-off* s entre as **PROPORÇÕES DA POPULAÇÃO A SER COBERTA**, o leque de serviços a ser disponibilizado, e a proporção dos custos totais a ser paga (Fig. 1). A caixa designada “fundos comuns actuais” descreve a situação num **PAÍS HIPOTÉTICO, EM QUE CERCA DE METADE DA POPULAÇÃO ESTÁ COBERTA** para aproximadamente metade dos serviços possíveis, mas menos da metade do custo desses serviços é coberto pelos fundos comuns. Para se aproximar da cobertura universal, o país deveria **ESTENDER A COBERTURA A MAIS PESSOAS**, oferecer mais serviços, e pagar uma proporção maior dos custos. (...) **MAS NENHUM DOS PAÍSES AFLUENTES DE QUE SE DIZ TEREM ATINGIDO A COBERTURA UNIVERSAL COBRE, NA REALIDADE, 100% DA POPULAÇÃO**, para 100% dos serviços disponíveis e para

100% dos custos – e sem listas de espera. (pág. xviii)

- Por exemplo, onde todos menos a elite estão excluídos dos serviços de saúde, a progressão rápida para um sistema que cubra todos, ricos e pobres, pode ser uma prioridade, mesmo que a lista de serviços e a proporção dos custos coberto pelos fundos comuns seja relativamente pequena. Mas num sistema de base larga, com apenas algumas bolsas de exclusão, **O PAÍS PODE DECIDIR POR UMA ABORDAGEM POR ALVOS DELIMITADOS, IDENTIFICANDO AQUELES QUE ESTÃO EXCLUÍDOS E DANDO PASSOS PARA ASSEGURAR QUE VENHAM A SER COBERTOS.** Em tais casos, os **PAÍSES PODEM AUMENTAR OS SERVIÇOS PARA OS POBRES** e/ou cobrir uma proporção maior dos seus custos. (pág. xix)

- **A REMOÇÃO DAS BARREIRAS FINANCEIRAS IMPLÍCITAS NOS SISTEMAS DE PAGAMENTO DIRECTO AJUDARÁ AS PESSOAS POBRES A OBTER CUIDADOS, MAS NÃO O GARANTEM.** (pág. xix)

- Outras opções incluem *vouchers* e reembolsos para os custos de transporte, e planos de micro- crédito que **PERMITEM AOS MEMBROS DE AGREGADOS POBRES (FREQUENTEMENTE MULHERES) A POSSIBILIDADE DE GANHAR DINHEIRO**, que pode ser usado de vários modos, incluindo a procura ou obtenção de serviços de saúde. (pág. xix)

- Os governos devem também estar cientes que os serviços públicos gratuitos podem ser capturados pelos ricos, que os utilizam mais do que os pobres, mesmo que as suas necessidades sejam menores. Nalguns países, apenas os mais ricos têm acesso a um nível adequado de serviços, enquanto noutros apenas os mais pobres são excluídos. Alguns grupos de pessoas são ignorados pelas falhas da maioria dos sistemas, e os padrões de exclusão dos serviços variam. **DEVE PRESTAR-SE PARTICULAR ATENÇÃO ÀS DIFICULDADES DE ACESSO A SERVIÇOS ENCARADAS PELAS MULHERES E GRUPOS ÉTNICOS E MIGRANTES, E AOS PROBLEMAS ESPECÍFICOS VIVIDOS PELAS POPULAÇÕES INDÍGENAS.** (pág. xxi)

- Tem de começar com uma declaração clara de princípios e ideais que movem o sistema de financiamento – **UMA INTERPRETAÇÃO DO QUE SIGNIFICA**

COBERTURA DE SAÚDE UNIVERSAL PARA UM DETERMINADO PAÍS.

(pág. xxii)

- De acordo com o governo do Ruanda 91% da população do país pertence a um dos três principais planos de seguro de saúde (17). (...) Os planos de seguros não cobrem todos os custos de saúde: as famílias ainda têm que pagar directamente uma proporção dos seus custos e o leque de serviços disponível é definitivamente menos extenso do que em países mais ricos. (...) Num estágio ainda precoce de desenvolvimento, existem ainda muitos desafios. Estes incluem: **TORNAR AS CONTRIBUIÇÕES MAIS ACESSÍVEIS AOS MAIS POBRES**; aumentar o leque de serviços oferecidos e a proporção dos custos totais cobertos; e melhorar a gestão financeira. O Ruanda também se esforça por harmonizar os diferentes mecanismos de financiamento, parcialmente através do desenvolvimento de um quadro legal de governação para o seguro social de saúde (20). (pág. 7)

- O governo (chinês) tomou medidas para corrigir estas situações. **AS NOVAS ORGANIZAÇÕES MÉDICAS COOPERATIVAS, INICIADAS EM 2003 PARA SATISFAZER AS NECESSIDADES DAS POPULAÇÕES RURAIS, E O PLANO DE SEGURO MÉDICO BÁSICO PARA OS RESIDENTES URBANOS**, testado em 79 cidades em 2007, estão no centro das últimas reformas. (pág. 8)

- **AS RECENTES REFORMAS DO FINANCIAMENTO DE SAÚDE NOS ESTADOS UNIDOS ESTENDERÃO A COBERTURA DE SEGURO EM 2019 A UNS 32 MILHÕES DE PESSOAS QUE ESTAVAM ANTERIORMENTE SEM COBERTURA** (27). Numerosas estratégias serão usadas para esse fim. Os seguradores privados não poderão mais rejeitar os candidatos com base no estado de saúde, por exemplo, e os **INDIVÍDUOS E AS FAMÍLIAS DE BAIXOS RENDIMENTOS TERÃO AS SUAS APÓLICES SUBSIDIADAS** (28). (pág. 8)

- Ao mesmo tempo, o Gabão (39), a Republica Popular e Democrática do Laos (40), o Mali (41), as Filipinas (42), a Tunísia (43) e o Vietname (44) expandiram varias formas de pré-pagamento e de fundos comuns para aumentar a protecção contra riscos financeiros, **PARTICULARMENTE PARA OS POBRES**. (pág. 8)

- **UM PLANO DE SEGURO DE SAÚDE NACIONAL (DE GANA) FOI INTRODUZIDO EM 2004 E EM JUNHO DE 2009 67,5% DA POPULAÇÃO**

ESTAVA INSCRITA (35). Durante o período 2005-2008 o número nacional de consultas externas aumentou de 50%, de 12 para 18 milhões, enquanto o número de internamentos aumentou em 6,3%, de 0,8 para 0,85 milhões. (pág. 9)

- Também o Chile atravessou várias fases. Depois de ter gerido um serviço nacional de saúde com financiamento estatal por 30 anos, optou em 2000 por uma abordagem mista público / privada para o seguro de saúde, garantindo acesso universal a tratamentos de qualidade para um leque bem definido de situações. **O NÚMERO DE SITUAÇÕES EXPANDIU COM O TEMPO E OS POBRES TÊM SIDO OS MAIORES BENEFICIÁRIOS** (29). (págs. 9-10)

- Todos os países devem fazer escolhas e opções, particularmente quanto ao modo como os fundos comuns são usados. É um constante desafio equilibrar as prioridades: os fundos mantêm-se escassos, no entanto as pessoas exigem mais e as novas tecnologias para a melhoria da saúde estão em constante expansão. Tais conflitos forçam os decisores políticos a fazer escolhas em três áreas nucleares (Figura 1.2): **A PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO A SER COBERTA**, o leque de serviços a que se dá acesso; e a proporção dos custos totais abrangida. (...) **PARA SE APROXIMAR DA COBERTURA UNIVERSAL, O PAÍS DEVERIA ESTENDER A COBERTURA A MAIS PESSOAS**, oferecer mais serviços e/ou pagar uma maior proporção do custo com os fundos comuns. (...) **MAS NENHUM PAÍS, NEM MESMO OS DE RENDIMENTOS ELEVADOS E DOS QUAIS SE DIZ TEREM ALCANÇADO A COBERTURA UNIVERSAL, TEM, SEM LISTAS DE ESPERA, 100% DA POPULAÇÃO COBERTA** para 100% dos serviços que poderiam ser disponibilizados e para 100% dos custos. (pág. 13)

- Apesar disso, todos nesses países (países europeus com sistemas de protecção social estabelecidos há muito) têm acesso a um conjunto de serviços (de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação) e **QUASE TODA A GENTE ESTA PROTEGIDA DOS RISCOS FINANCEIROS GRAVES GRAÇAS AO PRÉ-PAGAMENTO E AOS FUNDOS COMUNS**. A base é comum, mesmo que as especificidades sejam diferentes, moldadas pelas expectativas da população e dos prestadores de saúde, pelo ambiente político e pela disponibilidade de fundos. (pág. 13)

- Por exemplo, em contextos em que apenas a elite não está actualmente excluída de

serviços de saúde, caminhar rapidamente para um sistema que cubra todos, ricos e pobres, pode ser uma prioridade, mesmo que a lista de serviços e a proporção dos custos cobertos pelos fundos comuns seja relativamente pequena (21,66). Entretanto, num sistema de base ampla, com apenas algumas “bolsas” de exclusão, **O PAÍS PODE INICIALMENTE OPTAR POR UMA ABORDAGEM DIRIGIDA, IDENTIFICANDO OS QUE ESTÃO EXCLUÍDOS** e cumprindo etapas para assegurar que são progressivamente incluídos. Nesses casos, **ELES PODEM VIR A COBRIR MAIS SERVIÇOS PARA OS POBRES** e/ou cobrir uma maior proporção dos seus custos. (pág. 14)

- **TRATAR DA COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE TAMBÉM SIGNIFICA TRATAR DOS POBRES E MARGINALIZADOS, PESSOAS QUE FREQUENTEMENTE SÃO POLITICAMENTE EXCLUÍDAS E SEM REPRESENTAÇÃO.** (pág. 25)

OMS. 64.^a Asamblea Mundial de la Salud. WHA64.9. Estructuras de financiación sostenible de la salud y cobertura universal. [online]. 2011. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64-REC1/A64_REC1-sp.pdf>. Acesso em 26 de setembro de 2014.

UNIVERSALIDADE

- Recordando asimismo el párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el que se afirma que **TODA PERSONA TIENE DERECHO A UN NIVEL DE VIDA ADECUADO** que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, y tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad;

- Observando que en numerosos países los sistemas de financiación de la salud deben alcanzar un mayor grado de desarrollo y disponer de más apoyo para ampliar el **ACCESO DE TODOS** a la atención sanitaria y los servicios necesarios y, al mismo tiempo, prevenir catástrofes económicas y brindar protección contra esos riesgos;

- (INSTA a los Estados Miembros) a que procuren alcanzar la cobertura y el **ACCESO UNIVERSALES Y ASEQUIBLES PARA TODOS LOS CIUDADANOS** sobre una base de equidad y solidaridad, con el fin de proporcionar una gama adecuada de atención y servicios de salud, cuyos costos estén cubiertos en grado suficiente, y servicios preventivos integrales y asequibles, mediante el fortalecimiento de una presupuestación equitativa y sostenible de los recursos financieros; (1.2)
- (INSTA a los Estados Miembros) a que, según proceda, sigan invirtiendo y fortaleciendo los sistemas de prestación de servicios de salud, y en particular la atención y los servicios primarios de salud, y los suficientes recursos humanos para la salud y los sistemas de información sanitaria, **CON MIRAS A GARANTIZAR QUE TODOS LOS CIUDADANOS** tengan un acceso equitativo a la atención y los servicios de salud; (1.3)
- (INSTA a los Estados Miembros) a que programen la transición de sus sistemas de salud a la cobertura universal, sin dejar de salvaguardar la calidad de los servicios y de satisfacer las **NECESIDADES DE LA POBLACIÓN**, con el fin de reducir la pobreza y alcanzar los objetivos de desarrollo acordados a nivel internacional, en particular los Objetivos de Desarrollo del Milenio; (1.5)
- (PIDE a la Directora General) que colabore estrechamente con otras organizaciones de las Naciones Unidas, asociados internacionales para el desarrollo, fundaciones, mundo universitario y organizaciones de la sociedad civil para fomentar medidas destinadas a lograr el **ACCESO UNIVERSAL**; (2.3)
- (PIDE a la Directora General) que, a petición de los Estados Miembros, proporcione apoyo técnico para fortalecer la capacidad y la experiencia en la mejora de los sistemas de financiación de la salud, en particular planes equitativos de pago anticipado, con miras a **ALCANZAR LA COBERTURA UNIVERSAL MEDIANTE LA PRESTACIÓN DE UNA ATENCIÓN Y UNOS SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES PARA TODOS**, incluido el fortalecimiento de la capacidad de seguimiento de los flujos de gastos en salud mediante la aplicación de marcos de contabilidad normalizados; (2.6)

FOCALIZAÇÃO

- (PIDE a la Directora General) que prepare una **ESTIMACIÓN DEL NÚMERO DE PERSONAS CUBIERTAS** por un sistema básico de seguro de enfermedad que proporcione acceso a la atención y los servicios de salud básicos, la cual esté desglosada por países y regiones; (2.5)

OPAS/OMS. **Resolução CD52.R11. Proteção Social em Saúde.** [online]. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, 2013. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8833&Itemid=40033&lang=pt>. Acesso em: 26 de setembro de 2014.

UNIVERSALIDADE

- Reconhecendo que os países da Região tenham conseguido importantes avanços nos processos de reforma de seus sistemas de saúde (apesar da persistência de importantes desafios, como a continuidade da melhoria da qualidade dos serviços de **SAÚDE PARA TODOS**) e em enfrentar a segmentação e a fragmentação que provocam inequidades;

FOCALIZAÇÃO

- (Instar aos Estados Membros, conforme apropriado às suas realidades particulares, a) utilizar mecanismos já estabelecidos, como a Rede Interamericana de Proteção Social e outras iniciativas regionais e sub-regionais, para compartilhar as melhores práticas em **PROGRAMAS DE COMBATE À POBREZA RELACIONADOS À SAÚDE** implementados por governos e instituições em toda a Região; (2. f)

OMS. 66.^a Assembleia Mundial de la Salud. **A/66/24. Cobertura sanitária universal: informe de la Secretaría.** Ginebra: Naciones Unidas. [online]. 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_24-sp.pdf>. Acesso em: 26 de setembro de 2014.

UNIVERSALIDADE

- En la aplicación de estas estrategias, los países ven en la cobertura sanitaria universal

dos vertientes relacionadas entre sí: la **COBERTURA DE TODOS** por los servicios de salud necesarios (prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), y su cobertura por una protección contra los riesgos financieros.¹ La cobertura sanitaria universal tiene por objetivo garantizar que **TODAS LAS PERSONAS** obtengan los servicios de salud que necesitan sin riesgo de ruina económica. (7)

FOCALIZAÇÃO

- A modo de ilustración, un examen reciente del Plan Tailandés de Cobertura Universal reveló que el seguro de enfermedad (pagado totalmente con los ingresos públicos generales) **PARA LOS POBRES Y EL SECTOR NO CONVENCIONAL** aumentó su acceso a los servicios que necesitaban y mejoró la protección contra el riesgo financiero. (8)

- El avance hacia la cobertura sanitaria universal es un proceso que requiere progresos en varios frentes: la gama de servicios disponibles para la población (los medicamentos, productos médicos, personal sanitario, infraestructura e información que se necesitan para garantizar una buena calidad); la proporción de los costos de esos servicios que está cubierta, y **LA PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE ESTÁ CUBIERTA**. Estos avances tienen que estar protegidos durante las recesiones económicas o financieras. La cobertura sanitaria universal no consiste en lograr un paquete mínimo fijo. (9)

- La cobertura por los servicios necesarios mejora o mantiene la salud, permitiendo que la gente se gane la vida y que los niños aprendan, y **ASÍ TENGAN MEDIOS PARA ESCAPAR DE LA POBREZA. AL MISMO TIEMPO, LA PROTECCIÓN CONTRA LOS RIESGOS FINANCIEROS IMPIDE QUE LA POBLACIÓN SE VEA ABOCADA A LA POBREZA POR EL PAGO DIRECTO DE SU ATENCIÓN**. Por consiguiente, **CONTRIBUYE A LA REDUCCIÓN DE LA POBREZA** y es, por definición, una manifestación práctica de la preocupación por la equidad sanitaria y el derecho a la salud. (10)

- Esta es una de las causas de las sustanciales reducciones de las **TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y MATERNA** registradas en la mayor parte del mundo

desde 2000. (13)

-LA PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN MUNDIAL QUE VIVE EN LA POBREZA TAMBIÉN HA DISMINUIDO, aunque ha habido indicios de que, paradójicamente, las desigualdades con respecto a los ingresos han aumentado durante el mismo periodo en muchos países. (14)

-SE CALCULA QUE EN EL MUNDO HAY 1000 MILLONES DE POBRES QUE TODAVÍA NO RECIBEN LOS SERVICIOS DE SALUD QUE NECESITAN. (15)

- Muchos países siguen teniendo una escasez crítica de personal sanitario y les resulta difícil lograr que permanezcan en las **ZONAS SUBATENDIDAS**. (16)

- El aumento de la calidad y disponibilidad de los servicios de salud a un precio asequible **PARA EL SECTOR NO CONVENCIONAL** es un reto de envergadura, que no forma parte del plan de acción. (24)

- Los participantes expresaron su firme apoyo al desarrollo de unos sistemas de salud que satisfagan las aspiraciones de la cobertura sanitaria universal: **TODAS LAS PERSONAS, CON INDEPENDENCIA DE SU CAPACIDAD DE PAGO**, deben tener acceso a los servicios de salud de calidad que necesiten sin por ello hacer correr un riesgo financiero a sus familias. (27)

- Se reconoció que la agenda inconclusa de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud es un foco importante para atraer la atención mundial, y se consideró que la cobertura de servicios de salud adecuados, accesibles, asequibles y de la calidad deseada, es fundamental para alcanzar los objetivos, **ESPECIALMENTE EN EL CASO DE LAS POBLACIONES VULNERABLES**. (29)

ONU. [A/67/L.36](#). **Salud mundial y política exterior** [online]. Ginebra: Naciones Unidas, 2012. Disponible em: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/67/L.36&referer=http://www.un.org/en/ga/info/draft/index.shtml&Lang=S>. Acesso em: 26 de setembro de 2014.

UNIVERSALIDADE

-Reafirmando el **DERECHO DE TODA PERSONA** al disfrute del más alto nivel

posible de salud física y mental, **SIN DISTINCIÓN DE RAZA, RELIGIÓN, IDEOLOGÍA POLÍTICA O CONDICIÓN ECONÓMICA O SOCIAL**; y el **DERECHO DE TODA PERSONA** a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, así como el derecho a la seguridad en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad,

- Reconoce que la cobertura universal de salud implica que **TODA PERSONA** tiene acceso sin discriminación a un conjunto de servicios médicos básicos de promoción, prevención, cura y rehabilitación así como a medicamentos esenciales, seguros, asequibles, efectivos y de calidad, velando por que la utilización de esos servicios no exponga a los usuarios a graves dificultades económicas, con especial hincapié en los segmentos pobres, vulnerables y marginados de la población; (10)

FOCALIZAÇÃO

- Observando con especial preocupación que para millones de personas el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, incluido el acceso a medicamentos, sigue siendo una meta distante y que, en muchos casos, **ESPECIALMENTE EN EL DE LOS NIÑOS Y EL DE QUIENES VIVEN EN LA POBREZA**, las probabilidades de alcanzar esa meta son cada vez más remotas, que cada año millones de personas pasan a estar por debajo de la línea de pobreza por haber tenido que pagar de su propio bolsillo el tratamiento de enfermedades catastróficas, y que el pago de montos excesivos puede disuadir a las personas pobres de acudir a los servicios de salud o de seguir recibiendo los,

- Reconociendo la importancia de que los sistemas nacionales de salud tengan una cobertura universal, especialmente por medio de mecanismos de atención primaria de la salud y protección social, a fin de proporcionar acceso a los servicios de salud **A TODOS, EN PARTICULAR A LOS SECTORES MÁS POBRES DE LA POBLACIÓN**,

- Exhorta a los Estados Miembros a valorar la contribución de la cobertura universal de

salud a la consecución de todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio interrelacionados, con el resultado final de vidas más saludables, **EN PARTICULAR EN EL CASO DE LAS MUJERES Y LOS NIÑOS;** (5)

- Reconoce también que la aplicación de una cobertura universal de salud se sustenta en un sistema de salud sólido y con capacidad de respuesta, que preste servicios de atención primaria de la salud amplios y abarque un extenso ámbito geográfico, **INCLUSO EN ZONAS RURALES Y ALEJADAS, Y CON ESPECIAL HINCAPIÉ EN EL ACCESO A LAS POBLACIONES MÁS NECESITADAS.** Además, ha de contar con una fuerza de trabajo cualificada, debidamente formada y motivada, así como con capacidades relativas a medidas de salud pública amplias, protección de la salud y énfasis en los determinantes de la salud mediante políticas en distintos sectores, por ejemplo promoviendo los conocimientos de la población en materia de salud; (9)

- Reconoce que la cobertura universal de salud implica que toda persona tiene acceso sin discriminación a un conjunto de servicios médicos básicos de promoción, prevención, cura y rehabilitación así como a medicamentos esenciales, seguros, asequibles, efectivos y de calidad, velando por que la utilización de esos servicios no exponga a los usuarios a graves dificultades económicas, **CON ESPECIAL HINCAPIÉ EN LOS SEGMENTOS POBRES, VULNERABLES Y MARGINADOS DE LA POBLACIÓN;** (10)

- Reconoce que es esencial tomar en consideración las necesidades de los **SEGMENTOS VULNERABLES DE LA SOCIEDAD, INCLUIDOS LOS SEGMENTOS MÁS POBRES Y MARGINADOS DE LA POBLACIÓN, LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES,** de conformidad con el principio de la inclusión social, con miras a aumentar su capacidad de hacer efectivo su derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; (14)

- Pone de relieve que los gobiernos deben proporcionar **A LAS PERSONAS QUE NO TIENEN RECURSOS SUFICIENTES** protección contra el riesgo financiero y las instalaciones de salud necesarias, **SIN DISCRIMINACIÓN;** (19)

ONU. [A/68/L.98](http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/68/98). **Salud mundial y política exterior** [online]. Ginebra: Naciones Unidas, 2013. Disponible en: <<http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/68/98>>. Acceso en: 26 de setiembre de 2014.

UNIVERSALIDADE

- **REAFIRMANDO EL DERECHO DE TODO SER HUMANO, SIN DISTINCIÓN DE NINGÚN TIPO**, al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y a un nivel de vida adecuado para la salud y el bienestar de uno mismo y su familia, incluidas una alimentación, vestimenta y vivienda adecuadas, y a la mejora continua de las condiciones de vida,
- Pide una mayor colaboración de los Estados Miembros y otras partes interesadas pertinentes de los sectores público y privado, incluidos la sociedad civil y el mundo académico, con el fin de mejorar la **SALUD PARA TODOS**, en particular apoyando el desarrollo de sistemas de salud sostenibles e integrales, asegurando el acceso universal a servicios de salud de calidad, fomentando la innovación para atender las necesidades de salud actuales y futuras, y promoviendo la salud durante toda la vida; (4)
- Pide a las asociaciones para la salud mundial que apoyen a los Estados Miembros en el cumplimiento de sus responsabilidades para acelerar la transición hacia una cobertura sanitaria universal, lo que implica que **TODAS LAS PERSONAS TENGAN ACCESO, SIN DISCRIMINACIÓN**, a un conjunto de servicios médicos básicos de promoción, prevención, cura, rehabilitación y paliación que se ajusten a las necesidades y se determinen a nivel nacional, así como a medicamentos esenciales, seguros, asequibles, eficaces y de calidad, especialmente mediante la promoción de la atención primaria de la salud, al tiempo que se asegura que la utilización de esos servicios no suponga graves dificultades económicas para los usuarios, en particular los sectores pobres, vulnerables y marginados de la población; (12)

FOCALIZAÇÃO

- Observando con especial preocupación que para millones de personas el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, incluido el acceso a

medicamentos de calidad, sigue siendo una meta distante, que **ESPECIALMENTE EN EL CASO DE LAS MUJERES, LA POBLACIÓN MÁS VULNERABLE, LOS NIÑOS Y QUIENES VIVEN EN LA POBREZA**, las probabilidades de alcanzar esa meta son cada vez más remotas, que cada año millones de personas se sitúan por debajo del umbral de la pobreza debido al pago de gastos médicos desorbitados, y que el desembolso de sumas excesivas puede disuadir a las personas pobres de solicitar o seguir recibiendo asistencia sanitaria,

- Subrayando también la necesidad de asociaciones de gran alcance para la salud mundial a fin de apoyar la promoción de, entre otros objetivos, **LA IGUALDAD DE GÉNERO Y EL EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES, LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y EL PLENO DISFRUTE POR LAS MUJERES Y LAS NIÑAS DE TODOS SUS DERECHOS HUMANOS**, de modo que se contribuya a la **ERRADICACIÓN DE LA POBREZA** y el desarrollo económico y social, incluida la mejora de los resultados en materia de salud,

- Insta también a los Estados Miembros a que cumplan los compromisos contraídos en relación con la iniciativa del Secretario General para salvar a 4,6 millones **DE NIÑOS Y MADRES** en 1.000 días; (10)

- Pide a las asociaciones para la salud mundial que apoyen a los Estados Miembros en el cumplimiento de sus responsabilidades para acelerar la transición hacia una cobertura sanitaria universal, lo que implica que todas las personas tengan acceso, sin discriminación, a un conjunto de servicios médicos básicos de promoción, prevención, cura, rehabilitación y paliación que se ajusten a las necesidades y se determinen a nivel nacional, así como a medicamentos esenciales, seguros, asequibles, eficaces y de calidad, especialmente mediante la promoción de la atención primaria de la salud, al tiempo que se asegura que la utilización de esos servicios no suponga graves dificultades económicas para los usuarios, **EN PARTICULAR LOS SECTORES POBRES, VULNERABLES Y MARGINADOS DE LA POBLACIÓN**; (12)

- Pide el fortalecimiento de la asociación mundial para el desarrollo con una agenda para el desarrollo inclusiva y centrada en las personas a fin de reforzar los compromisos de la comunidad internacional relativos a la **ERRADICACIÓN DE LA POBREZA** y el desarrollo sostenible, teniendo en cuenta al mismo tiempo que los

problemas en materia de salud mundial siguen existiendo y requieren una atención constante; (18)

OIT. **Piso de Proteção Social para uma Globalização Equitativa e Inclusiva** [online]. Genebra, Organização Internacional do Trabalho, 2011. Disponível em: <http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/pub_relatabchelet.pdf>. Acesso em 26 de setembro de 2014.

UNIVERSALIDADE

- «Ninguém deveria viver abaixo de um determinado nível de renda e **TODAS AS PESSOAS** deveriam ter acesso a serviços públicos essenciais como a água, o saneamento básico, a saúde e a educação.» (pág. vii)
- Esta iniciativa deve ser considerada no marco da Agenda para o Trabalho Decente da OIT, na qual a **PROTEÇÃO SOCIAL PARA TODOS** figura entre os quatro objetivos estratégicos inter-relacionados, juntamente com a promoção dos direitos trabalhistas, a criação de emprego decente por empresas sustentáveis e o diálogo social. (pág. xi)
- O conceito de Piso Social foi desenvolvido com parte da estratégia bidimensional da **CAMPANHA MUNDIAL SOBRE SEGURIDADE SOCIAL E COBERTURA PARA TODOS, QUE ARTICULA OBJETIVOS DE UNIVERSALIZAÇÃO DE NÍVEIS BÁSICOS DE PROTEÇÃO SOCIAL PARA TODA A POPULAÇÃO** (dimensão horizontal), com objetivos de aumento progressivo e gradual dos sistemas de proteção a patamares mais elevados, conforme os padrões estabelecidos nas normas da OIT (dimensão vertical). (pág. xii)
- O Piso Social deve incluir garantias de: Segurança de renda básica, sob a forma de transferências sociais variadas (monetárias ou em espécie), tais como pensões para idosos e pessoas portadoras de deficiência, benefícios para crianças, apoios à renda e/ou garantias de emprego e serviços para os desempregados e trabalhadores de baixa renda; e **ACESSO UNIVERSAL** a serviços sociais essenciais nas áreas da saúde, água e saneamento, educação, segurança alimentar, habitação e outras definidas de acordo com as prioridades nacionais. (pág. xxv)

- O conceito é parte integrante da estratégia bidimensional da OIT para a extensão da cobertura da seguridade social, incluindo um conjunto básico de garantias sociais **PARA TODOS** (dimensão horizontal), e a implementação gradual de níveis mais elevados de proteção (dimensão vertical), em conformidade com a Convenção No 102 da OIT sobre seguridade social de 1952, e outras, à medida que os países vão desenvolvendo os seus espaços fiscais e políticos. (pág. xxv)

- A noção de Piso de Proteção Social está ancorada no princípio fundamental de justiça social e no **DIREITO UNIVERSAL DE TODOS** à seguridade social e a um padrão de vida digno. As disposições estabelecidas no marco conceitual do Piso referem-se a uma série de direitos constantes na Declaração Universal de Direitos Humanos. A ideia principal é que nenhum cidadão deve viver abaixo de um determinado nível de renda e que ao menos o acesso aos serviços sociais básicos deve ser **UNIVERSAL**. (pág. xxvi)

- Atualmente, observa-se um fenômeno novo e único na história, em que países como China, Ruanda e Vietnã, entre outros, construíram seus sistemas de proteção da saúde partindo praticamente do zero e alcançaram, num curto período de tempo, **COBERTURA BÁSICA EM LARGA ESCALA E QUASE UNIVERSAL** (figura 1). (pág. 3)

- Uma das principais vantagens de conceito de Piso de Proteção Social reside justamente na sua simplicidade. O Piso baseia-se na ideia de que **TODOS** devem se beneficiar de uma segurança de renda mínima, garantida através de transferências monetárias ou em espécie, tais como pensões para os idosos e pessoas portadoras de deficiência, benefícios para crianças, prestações de apoio à renda e/ou garantias de emprego e serviços para os desempregados e trabalhadores pobres. Em conjunto, as transferências monetárias e em espécie devem assegurar o acesso de todos aos bens e serviços essenciais, incluindo os cuidados básicos de saúde, nutrição adequada, educação, habitação, água e saneamento. A ênfase do Piso na coerência e coordenação política significa que ele pode proteger e capacitar indivíduos durante todo o seu ciclo de vida. (pág. 4)

- A noção de Piso de Proteção Social está ancorada em princípios comuns de justiça social e no **DIREITO UNIVERSAL DE TODA PESSOA À SEGURIDADE SOCIAL** e a um nível de vida suficiente para assegurar a saúde e bem-estar dos

indivíduos e das suas famílias, incluindo nutrição, vestuário, alojamento, assistência médica e serviços sociais. É uma abordagem baseada em direitos, cuja ideia principal é que **NENHUM SER HUMANO DEVERIA VIVER ABAIXO DE UM DETERMINADO NÍVEL DE RENDA E QUE TODOS DEVEM TER ACESSO A SERVIÇOS SOCIAIS BÁSICOS A FIM DE AUMENTAR AS OPORTUNIDADES DE TRABALHO DECENTE.** (pág. 9)

- A principal forma de evitar os problemas colocados pela focalização é expandir gradualmente os componentes do Piso de Proteção Social, com pelo menos alguns dos seus instrumentos (como aqueles que podem garantir a segurança de renda) vistos como um passo no desenvolvimento da seguridade social que claramente siga os **PRINCÍPIOS DA UNIVERSALIDADE. PROGRAMAS UNIVERSAIS QUE GARANTAM O ACESSO IRRESTRITO À PROTEÇÃO SOCIAL** podem promover direitos sociais e funcionar para a redução e erradicação da pobreza. Ao mesmo tempo, proporcionam às famílias pobres acesso preferencial a serviços básicos que ajudam a enfrentar a exclusão social. (pág. 89)

- Muitos países, como Brasil, Chile, Colômbia e Uruguai, introduziram programas de educação em proteção social. Estas experiências partilham o **OBJETIVO DE ESTENDER A COBERTURA A TODOS** e o de promover uma cultura de proteção social. (págs. 90-91)

FOCALIZAÇÃO

- Este relatório apresenta as principais conclusões do Grupo e formula recomendações concretas para **AVANÇAR NA EXTENSÃO DA COBERTURA DA PROTEÇÃO SOCIAL.** (pág. vii)

- As medidas de proteção social têm contribuído para amortecer o impacto da crise sobre a **POPULAÇÃO MAIS VULNERÁVEL**, atuando como um estabilizador macroeconômico, dinamizando a demanda agregada e facilitando o **COMBATE À POBREZA E À EXCLUSÃO SOCIAL.** (pág. xii)

- O relatório demonstra que a extensão da proteção social pode desempenhar um papel fundamental na **REDUÇÃO DA POBREZA E A EXCLUSÃO SOCIAL**, contribuindo para o cumprimento das promessas da Declaração Universal de Direitos

Humanos. Argumenta-se que a ampliação da cobertura dos sistemas de proteção social, baseada em pisos básicos, é um dos elementos necessários para uma globalização mais equitativa e inclusiva. (pág. xxiv)

- Esta abordagem (Piso de Proteção Social) foi aprovada pelos chefes das agências das Nações Unidas, em 2009, pelos Chefes de Estado e de Governo nas reuniões de cúpula dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em 2010, e pelo G20, em 2011, como um conjunto integrado de políticas sociais concebidas para garantir maior segurança de renda e acesso universal a serviços sociais, **PRESTANDO PARTICULAR ATENÇÃO AOS GRUPOS MAIS VULNERÁVEIS** e protegendo e empoderando cidadãos ao longo do ciclo de vida. (págs. xxiv - xxv)

- A noção de Piso de Proteção Social está ancorada no princípio fundamental de justiça social e no direito universal de todos à seguridade social e a um padrão de vida digno. As disposições estabelecidas no marco conceitual do Piso referem-se a uma série de direitos constantes na Declaração Universal de Direitos Humanos. A ideia principal é que **NENHUM CIDADÃO** deve viver abaixo de um determinado nível de renda e que ao menos o acesso aos serviços sociais básicos deve ser universal. (pág. xxvi)

- O Piso de Proteção Social está fortemente ligado à Agenda do Trabalho Decente. Para se ter sucesso na **LUTA CONTRA A POBREZA, A PRIVAÇÃO E AS DESIGUALDADES**, não se pode atuar de forma isolada. Com o objetivo de obter uma **REDUÇÃO EFICAZ DA POBREZA**, suas estratégias devem ser acompanhadas por medidas tais como o reforço das instituições sociais e laborais e a promoção de ambientes macroeconômicos favoráveis ao emprego. (pág. xxvi)

- Um número significativo de países tem integrado os principais componentes e os aspectos práticos do Piso aos seus sistemas de proteção social. Nos países de baixa e média renda, há fortes indícios de que **O ACESSO AOS PROGRAMAS DE SEGURIDADE SOCIAL SE ENCONTRA INTIMAMENTE LIGADO À REDUÇÃO DA POBREZA E DA DESIGUALDADE SOCIAL. ESTUDOS REVELAM QUE PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIAS MONETÁRIAS, MESMO QUE MODESTAS, DESTINADOS A PESSOAS IDOSAS E CRIANÇAS PODEM POTENCIALMENTE DIMINUIR DE FORMA SIGNIFICATIVA A INTENSIDADE DA POBREZA.** (pág. xxvi)

- As disposições do Piso de Proteção Social podem resultar ainda em **MAIS EMPODERAMENTO E AUTONOMIA DAS MULHERES, QUE SE ENCONTRAM DESPROPORCIONADAMENTE REPRESENTADAS EM GRUPOS DE BAIXA RENDA.** (pág. xxvi)

- O processo de **CONCEPÇÃO E DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES PARA OS ELEMENTOS DO PISO** depende da compreensão exata dos objetivos dos programas de prestações e dos efeitos das condições vinculadas ao pagamento das prestações. **A DEFINIÇÃO DE CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DE BENEFICIÁRIOS** deve ser acompanhada por um processo de identificação confiável e por tecnologias de monitoramento que permitam o combate à fraude, minimizem erros e **GARANTAM A CONCESSÃO DOS BENEFÍCIOS E SERVIÇOS ÀQUELES QUE REALMENTE TÊM DIREITO.** (pág. xxix)

- **PROGRESSOS NA ANÁLISE DA POBREZA TÊM SIDO FUNDAMENTAIS NA FORMULAÇÃO DOS PROGRAMAS.** A crescente disponibilidade de dados relativos aos domicílios, aliada a métodos de identificação e classificação dos domicílios e dos indivíduos vivendo em situação de pobreza, melhorou a avaliação e compreensão desse fenômeno. **PERSPECTIVAS MULTIDIMENSIONAIS DE ENFOQUE DA POBREZA AJUDARAM A PROMOVER A COORDENAÇÃO DAS INTERVENÇÕES, EM ESPECIAL DAS TRANSFERÊNCIAS SOCIAIS E DOS SERVIÇOS BÁSICOS.** (pág. xxx)

- A articulação entre políticas de emprego e proteção social relacionadas à promoção do trabalho decente como **FORMA DE COMBATE A POBREZA** tem sido explorada em vários países desenvolvidos e em desenvolvimento. É necessária forte vontade política para desenvolver e integrar intervenções, incluindo políticas ativas de emprego e de desenvolvimento de micro-empresas, que podem abrir novas oportunidades de trabalho e emprego para os **BENEFICIÁRIOS DE PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIAS SOCIAIS.** É igualmente importante alinhar os incentivos ao trabalho decente com os objetivos dos **PROGRAMAS DE REDUÇÃO DA POBREZA.** Em alguns países de renda média que possuem um regime de seguridade social bem desenvolvido, a interação entre o seguro social e a assistência social exige enorme atenção dos tomadores de decisão de políticas públicas. (pág. xxx)

- **A PERCEPÇÃO DE UMA DIVISÃO DUALISTA, EM QUE A SEGURIDADE SOCIAL SE APLICA EXCLUSIVAMENTE ÀQUELES COM UMA RELAÇÃO DE EMPREGO «FORMAL», OU PELO MENOS ESTABELECIDADA NA ECONOMIA FORMAL, AO PASSO QUE A ASSISTÊNCIA SOCIAL SE REFERE APENAS AOS QUE NÃO DISPÕEM DE UMA RELAÇÃO DE EMPREGO FORMAL,** não corresponde à situação de muitos países em desenvolvimento em que predominam quadros financeiros e institucionais mistos. (pág. xxx)

As conclusões de estudos realizados em diferentes países e regiões mostram que métodos diversificados e combinados foram adotados para identificar **POTENCIAIS BENEFICIÁRIOS DAS PRESTAÇÕES. MÉTODOS DE SELEÇÃO DE INDIVÍDUOS ELEGÍVEIS PARA RECEBER PRESTAÇÕES INCLUEM A DEFINIÇÃO DE CATEGORIAS DA POPULACIONAIS OU ÁREAS GEOGRÁFICAS, BEM COMO A CONDIÇÃO DE RECURSOS BASEADA NOS INDICADORES DE RENDA OU DE RIQUEZA.** Na prática, a maior parte dos programas utiliza um conjunto de métodos, sendo que em alguns casos **ABORDAM-SE INICIALMENTE OS MAIS POBRES OU MAIS VULNERÁVEIS ANTES DE AVANÇAR PARA OUTROS SEGMENTOS DA POPULAÇÃO.** Espera-se que a combinação de métodos melhore a exatidão e eficácia dos sistemas de concessão de benefícios, reforçando o sucesso do **COMBATE À POBREZA EXTREMA E CRÔNICA.** Adicionalmente aos **MÉTODOS DE SELEÇÃO,** a escala do programa é igualmente importante. Muitas experiências, especialmente nos países menos desenvolvidos, contentam-se em realizar programas-piloto ou em pequena escala, que **COBREM APENAS UMA PARCELA LIMITADA DAQUELES QUE NECESSITAM DE COBERTURA.** Nestes casos, o próximo passo deveria ser o aumento gradual de cobertura em nível nacional, por meio de um conjunto coordenado de intervenções de proteção social na forma de pisos de proteção social. (págs. xxx-xxxi)

- Este documento recomenda que o desenho dos pisos deveria levar em conta os seguintes pontos: Agregar os objetivos **DE PREVENÇÃO DA POBREZA E DA PROTEÇÃO CONTRA OS RISCOS SOCIAIS** à necessidade de fortalecer os

indivíduos a fim de permitir-lhes aproveitar as oportunidades de emprego decente e relacionadas à criação de empresas. (...) (pág. xxxii)

- A última década testemunhou um progresso sem precedentes na cobertura de seguridade social em alguns países. Num curto período de tempo, **UM GRANDE NÚMERO DE INDIVÍDUOS FORAM INCLUÍDOS EM SISTEMAS BÁSICOS DE PROTEÇÃO SOCIAL QUE LHES PROPORCIONAM SEGURANÇA DE RENDA E CUIDADOS DE SAÚDE**, particularmente em certas economias emergentes. (pág. 3)

- Na prática, isto se reflete na rápida expansão de programas e políticas que combinam transferências de renda com serviços básicos, garantias de emprego e/ou reforço de ativos e capacidade produtiva. Tal aumento na cobertura de proteção deverá resultar em impactos significativos na **REDUÇÃO DA POBREZA E EXCLUSÃO SOCIAL** (Barrientos and Hulme, 2008). (pág. 4)

- A OIT demonstrou que todos os países, incluindo os de baixa renda, não só devem como podem adotar políticas de expansão de pisos sociais, implementando uma abordagem sequencial e gradual, que pode gerar benefícios imediatos em termos de **REDUÇÃO DA POBREZA, E DO ESTÍMULO DO CRESCIMENTO «PRÓ-POBRES»** e desenvolvimento social. (pág. 7)

- Na prática, a maioria dos programas usa uma **COMBINAÇÃO DE MÉTODOS, EM ALGUNS CASOS ADAPTANDO PROCEDIMENTOS A PARTIR DOS MAIS POBRES OU MAIS VULNERÁVEIS PARA OS LIMITES QUE SEPARAM ELEGÍVEIS DE NÃO-ELEGÍVEIS**. A combinação de métodos permite melhorar a precisão e eficiência dos sistemas de concessão de benefícios e ao mesmo tempo reforçar a **EFICÁCIA DO COMBATE À POBREZA EXTREMA E CRÔNICA** (Coady, Grosh e Hoddinott, 2004). (pág. 88)

- Programas de desenvolvimento humano na América Latina puseram em prática **SISTEMAS COMPLEXOS DE IDENTIFICAÇÃO E SELEÇÃO DE BENEFICIÁRIOS** com o objetivo de melhorar a eficácia de alcance e maximizar o impacto das políticas. Os projetos geralmente envolvem a **SELEÇÃO GEOGRÁFICA DAS ÁREAS POBRES, TESTES DE CONDIÇÕES DE MEIOS OU PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO INDIRETA PARA A**

IDENTIFICAÇÃO DOS DOMICÍLIOS POBRES e validação com base na comunidade. (pág. 88)

- Outros tipos de programas dependem das características de concepção para incentivar **BENEFICIÁRIOS** a se registrarem. Nos programas de emprego e regimes de garantia de emprego, **A AUTO-SELEÇÃO É OBTIDA ATRAVÉS DA EXIGÊNCIA DE QUE FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS TRABALHEM POR SALÁRIOS MAIS BAIXOS QUE OS PAGOS PELO MERCADO.** (pág. 88)

- Nos países de baixa renda, com pouca diferenciação entre as pessoas pobres, é difícil alcançar uma seleção precisa dos beneficiários. **MÉTODOS DE SELEÇÃO DE BASE COMUNITÁRIA** têm-se mostrado muito eficazes em determinados contextos. Na Zâmbia, por exemplo, o Regime de Transferências Monetárias Sociais de Kalomo (Zambia's Kalomo Social Cash Transfer Scheme), que teve início em 2004, **ESTÁ DIRECIONADO TANTO PARA AS FAMÍLIAS MAIS VULNERÁVEIS (OU SEJA, SEM NENHUM APOIO EXTERNO REGULAR, SEM ATIVOS PRODUTIVOS VALIOSOS, E/OU NENHUMA RENDA SIGNIFICATIVA) OU INCAPACITADOS (COM MAIS DE TRÊS DEPENDENTES POR CADA MEMBRO PRODUTIVO) E PARA PESSOAS COM MAIS DE 60 ANOS.** O mecanismo de direcionamento baseia-se na comunidade, com verificações e monitoramento (Schuering, 2008). (pág. 88)

- Há muitos riscos associados ao processo de **FOCALIZAÇÃO. A CRIAÇÃO DE UM MECANISMO QUE DIFERENCIE OS POBRES DOS NÃO-POBRES PODE RESULTAR NUM ESTIGMA** e desestimular a procura por emprego formal. Além disso, **ABRE A POSSIBILIDADE PARA ERROS EM QUE INDIVÍDUOS ELEGÍVEIS SÃO REJEITADOS OU NÃO-ELEGÍVEIS RECEBEM AS PRESTAÇÕES.** De fato, em muitos países, a focalização tem sido associada com subcobertura e desperdícios graves de recursos, com muitas pessoas em melhores condições beneficiando-se dos regimes. A explicação mais comum para esses resultados é a má implementação e problemas de governança. **EM LOCAIS ONDE A POBREZA É GENERALIZADA, A FOCALIZAÇÃO É DESNECESSÁRIA E ADMINISTRATIVAMENTE ONEROSA,** porque exige demasiados recursos, competências e capacidade administrativa que, em muitos casos, não se encontram

disponíveis. (págs. 88-89)

- A principal forma de evitar os problemas colocados pela focalização é expandir gradualmente os componentes do Piso de Proteção Social, com pelo menos alguns dos seus instrumentos (como aqueles que podem garantir a segurança de renda) vistos como um passo no desenvolvimento da seguridade social que claramente siga os princípios da universalidade. Programas universais que garantam o acesso irrestrito à proteção social podem promover direitos sociais e funcionar para a **REDUÇÃO E ERRADICAÇÃO DA POBREZA**. Ao mesmo tempo, proporcionam às **FAMÍLIAS POBRES** acesso preferencial a serviços básicos que ajudam a enfrentar a exclusão social. (pág. 89)

-É CONTROVERSA A EFICÁCIA DA IMPOSIÇÃO DE CONDIÇÕES PARA O ACESSO A SERVIÇOS ESSENCIAIS, EM PARTICULAR AS QUE PUNEM CRIANÇAS CUJOS PAIS NÃO RESPEITEM AS NORMAS DOS PROGRAMAS OU INCENTIVEM A CORRUPÇÃO. Segundo estudos de caso para Brasil, Camboja, Equador e México, as evidências disponíveis indicam que a presença de condicionalidades pode ter desempenhado um papel fundamental nos resultados positivos em relação à frequência escolar. Por outro lado, é questionável se as condições ligadas a estas iniciativas, tais como exames de saúde obrigatórios, são necessárias e suficientes para o impacto positivo dos programas de saúde. Além disso, as potenciais repercussões negativas das condições obrigatórias merecem ser consideradas – se crianças são penalizadas se os pais não cumprem as regras, ou se há incentivos para a corrupção. Outras preocupações levantadas incluem dificuldades em tornar aplicáveis as condicionalidades e se os efeitos positivos se devem principalmente às transferências monetárias, em vez das condicionalidades (Fiszbein e Schady, 2009). (pág. 89)

- De acordo com o Instituto de Investigação para o Desenvolvimento Social das Nações Unidas (*United Nations Research Institute for Social Development*) (UNRISD) a diversidade de opiniões e evidências mistas sobre os efeitos das condicionalidades demonstram que o debate permanece em aberto. **SÃO NECESSÁRIAS MAIS INVESTIGAÇÕES SOBRE SEU IMPACTO NA POBREZA, DESIGUALDADE E OUTRAS DIMENSÕES DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL** (Gaia et al,

2011). (pág. 89)

- Integrar e consolidar programas de proteção social fragmentados e de baixo desempenho em um Piso de Proteção Social pode trazer ganhos importantes. A liderança do governo ajuda a garantir a responsabilização, especialmente no que diz respeito às **ATRIBUIÇÕES E DIREITOS DAS PESSOAS APOIADAS PELO PISO**, e que os programas e políticas se encaixem nos objetivos de desenvolvimento. (pág. 91)

- Redes de proteção social proporcionam um fórum para a harmonização e coordenação entre agências e setores. Redes de proteção social podem facilitar muito a integração e harmonização na **CONCESSÃO DE UM PISO DE PROTEÇÃO SOCIAL AOS BENEFICIÁRIOS**. (pág. 92)

OIT. **RECOMENDAÇÃO R202. RECOMENDAÇÃO SOBRE OS PISOS DE PROTEÇÃO SOCIAL** [online]. Genebra, Organização Internacional do Trabalho, 2012. Disponível em: <http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:3065524,es>. Acesso em 26 de setembro de 2014.

UNIVERSALIDADE

- Reafirmando que el **DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL ES UN DERECHO HUMANO**;

- Recordando que la Declaración de la OIT sobre la justicia social para una globalización equitativa reconoce que «los compromisos y esfuerzos de los Miembros y de la Organización para poner en práctica el mandato constitucional de la OIT, en particular mediante las normas internacionales del trabajo, y para situar el empleo pleno y productivo y el trabajo decente como elemento central de las políticas económicas y sociales, deberían basarse en [el objetivo de] ii) adoptar y ampliar medidas de protección social [...] que sean sostenibles y estén adaptadas a las circunstancias nacionales, **CON INCLUSIÓN DE LA AMPLIACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL A TODAS LAS PERSONAS**»;

- Reconociendo la responsabilidad general y principal del Estado de poner en práctica la presente Recomendación, los Miembros deberían aplicar los siguientes principios: a) **UNIVERSALIDAD DE LA PROTECCIÓN**, basada en la solidaridad social; (3)

FOCALIZAÇÃO

- Recordando que la Declaración de Filadelfia reconoce la obligación solemne de la Organización Internacional del Trabajo de fomentar programas que permitan «extender las medidas de seguridad social para **GARANTIZAR INGRESOS BÁSICOS A QUIENES LOS NECESITEN** y prestar asistencia médica completa»;

- La presente Recomendación proporciona orientaciones a los Miembros para: a) establecer y mantener, según proceda, pisos de protección social como un elemento fundamental de sus sistemas nacionales de seguridad social, y ; b) poner en práctica pisos de protección social en el marco de estrategias de extensión de la seguridad social que aseguren progresivamente niveles más elevados de seguridad social **PARA EL MAYOR NÚMERO DE PERSONAS POSIBLE**, según las orientaciones de las normas de la OIT relativas a la seguridad social. (1)

- A efectos de la presente Recomendación, los pisos de protección social constituyen conjuntos de garantías básicas de seguridad social definidos a nivel nacional que aseguran una protección destinada a prevenir o a **ALIVIAR LA POBREZA, LA VULNERABILIDAD Y LA EXCLUSIÓN SOCIAL**. (2)

- Reconociendo la responsabilidad general y principal del Estado de poner en práctica la presente Recomendación, los Miembros deberían aplicar los siguientes principios: (...) f) respeto de los derechos y la dignidad **DE LAS PERSONAS CUBIERTAS** por las garantías de seguridad social; (...) h) solidaridad en la financiación, asociada a la búsqueda de un equilibrio óptimo entre las responsabilidades y los intereses de aquellos que financian **Y SE BENEFICIAN** de los regímenes de seguridad social; (3)

- Los Miembros, en función de sus circunstancias nacionales, deberían establecer lo más rápidamente posible y mantener pisos de protección social propios que incluyan garantías básicas en materia de seguridad social. Estas garantías deberían asegurar como mínimo que, durante el ciclo de vida, **TODAS LAS PERSONAS NECESITADAS** tengan acceso a una atención de salud esencial y a una seguridad

básica del ingreso que aseguren conjuntamente un acceso efectivo a los bienes y servicios definidos como necesarios a nivel nacional. (4)

- Los pisos de protección social mencionados en el párrafo 4 deberían comprender por lo menos las siguientes garantías básicas de seguridad social: a) acceso a un conjunto de bienes y servicios definido a nivel nacional, que constituyen la atención de salud esencial, incluida la atención de la **MATERNIDAD**, que cumpla los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad; b) seguridad básica del ingreso para los **NIÑOS**, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional, que asegure el acceso a la alimentación, la educación, los cuidados y cualesquiera otros bienes y servicios necesarios; c) seguridad básica del ingreso, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional, para las **PERSONAS EN EDAD ACTIVA QUE NO PUEDAN OBTENER INGRESOS SUFICIENTES**, en particular en caso de enfermedad, desempleo, maternidad e invalidez, y ; d) seguridad básica del ingreso para las **PERSONAS DE EDAD**, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional. (5)

- A reserva de sus obligaciones internacionales vigentes, los Miembros deberían proporcionar las garantías básicas de seguridad social mencionadas en la presente Recomendación **POR LO MENOS A TODOS LOS RESIDENTES Y NIÑOS**, con arreglo a lo estipulado en la legislación nacional. (6)

- Las garantías básicas de seguridad social deberían establecerse por ley. La legislación nacional debería especificar la gama, las **CONDICIONES DE ELEGIBILIDAD** y los niveles de las prestaciones que dan efecto a estas garantías. (7)

- Al definir las garantías básicas de seguridad social, los Miembros deberían tener debidamente en cuenta lo siguiente: a) las personas que necesitan atención de salud no deberían enfrentar dificultades ni un riesgo mayor de pobreza debido a las consecuencias financieras del acceso a la atención de salud esencial. También se debería considerar la prestación gratuita de **ATENCIÓN MÉDICA PRENATAL Y PUERPERAL A LA POBLACIÓN MÁS VULNERABLE**; b) la seguridad básica del ingreso debería permitir vivir con dignidad. Los niveles mínimos de ingresos definidos a nivel nacional podrán corresponder al valor monetario de un conjunto de bienes y servicios necesarios, **A LOS UMBRALES NACIONALES DE POBREZA**,

a los umbrales de ingresos que dan derecho a la asistencia social o a otros umbrales comparables establecidos por la legislación o la práctica nacionales, y podrán tener en cuenta las diferencias regionales; (8)

- Las estrategias nacionales deberían: (...) b) **TRATAR DE PROPORCIONAR AL MAYOR NÚMERO DE PERSONAS POSIBLE**, y lo antes posible, niveles de protección más elevados acordes con las capacidades económicas y fiscales de los Miembros. (13.1)

- Al formular y aplicar estrategias nacionales para extender las estrategias de seguridad social, los Miembros deberían: (...) c) tratar de colmar las lagunas de la protección mediante regímenes apropiados y coordinados eficazmente, ya sean de carácter contributivo o no contributivo o ambas cosas, inclusive mediante la extensión de los regímenes contributivos existentes a **TODAS LAS PERSONAS INTERESADAS QUE TENGAN CAPACIDAD CONTRIBUTIVA**; (14)

- Las estrategias de extensión de la seguridad social deberían aplicarse a **LAS PERSONAS QUE FORMAN PARTE TANTO DE LA ECONOMÍA FORMAL COMO DE LA ECONOMÍA INFORMAL**, apoyar el crecimiento del empleo formal y la reducción de la informalidad, ser compatibles con los planes de desarrollo social, económico y medioambiental de los Miembros y facilitar su puesta en práctica. (15)

- Las estrategias de extensión de la seguridad social deberían **ASEGURAR APOYO A LOS GRUPOS DESFAVORECIDOS Y A LAS PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES**. (16)

WORLD BANK. UNICO Studies Series 25. **The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence** [online]. Washington DC: The World Bank, 2013. Disponível em: <<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Images/IMPACTofUHCschemesinDevelopingCountries-ARewofExistingEvidence.pdf>>. Acesso em: 26 de setembro de 2014.

UNIVERSALIDADE

- O Relatório Mundial da Saúde 2010 define o conceito de cobertura universal da saúde

(UHC) como uma meta em que “**TODAS AS PESSOAS** têm acesso a serviços e não sofrem sacrifícios financeiros para pagá-los” (...). Por essa definição, o objetivo da cobertura universal está claro – isto é, garantir acesso aos cuidados de saúde e proteção financeira **PARA TODOS**. (pág. 2)

- A cobertura universal da saúde é um conceito ambicioso e seus objetivos são claros: acesso e proteção financeira **PARA TODOS**. (pág. 4)

- Independentemente das características de concepção específicas de um esquema de UHC, é evidente que esforços para a UHC devem garantir acesso **PARA TODOS**, em tempo oportuno, para permitir o uso de “serviços de saúde necessários” (...) e “garantir que o uso desses serviços não exponha o usuário a sacrifícios financeiros” (...). (pág. 5)

Serviços de saúde necessários incluem serviços de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação (...). (pág. 5 – nota de rodapé)

FOCALIZAÇÃO

- **COBERTURA PARA OS POBRES**. A UHC “exige um compromisso para cobrir 100% da população”, e isso somente pode ser alcançado se o governo cobre ou subsidia, total ou parcialmente, os custos dos serviços de saúde para **AQUELES QUE NÃO PODEM PAGAR**. Assim, os esquemas da UHC são geralmente associados a um esforço especial **PARA INCLUIR O POBRE** e subsidiar suas contribuições e/ou a cobertura da saúde. (pág. 4)

- *Trade-offs*: população a ser coberta, custos e leque de serviços cobertos. Independentemente do arranjo institucional escolhido e em que medida os países são capazes de angariar fundos e melhorar a eficiência, “fundos comuns nunca serão capazes de cobrir 100% da população para 100% dos custos e 100% dos serviços necessários” (...). Isso se reflete no fato de que “**NENHUM PAÍS, INDEPENDENTEMENTE DO GRAU DE RIQUEZA, FOI CAPAZ DE ASSEGURAR QUE TODA A GENTE TENHA ACESSO IMEDIATO A TODAS AS TECNOLOGIAS E INTERVENÇÕES QUE PODEM MELHORAR A SUA SAÚDE OU PROLONGAR A SUA VIDA**” (...). Isso significa que as sociedades devem escolher o que priorizar “em três áreas centrais: **A PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO A SER COBERTA**, o leque de serviços a que se dá acesso; e a

proporção dos custos totais abrangida” (...). (pág. 4)

(...) as referidas discussões destacam várias características que são geralmente associadas aos esquemas da UHC, como o pré-pagamento e a partilha de risco, fontes mistas de financiamento, **O ESFORÇO PARA INCLUIR OS POBRES OU AQUELES QUE NÃO PODEM CONTRIBUIR**, e um estado de transição da maioria dos sistemas de saúde comprometida com a UHC. (págs. 4-5)

- O acesso aos serviços de saúde pode ser definido como uma medida de entrada potencial e real para uma **POPULAÇÃO ESPECÍFICA** no sistema de saúde. (pág. 5)

- Essas características incluem idade, gênero, classe social e etnia do prestador e do **CLIENTE**, e o diagnóstico e tipo de cobertura do **CLIENTE**. (pág. 6)

WORLD BANK. **Scaling up affordable health insurance: staying the course**. [online]. Washington DC: The World Bank, 2013. Disponível em: <<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13836>>. Acesso em 29 de setembro de 2014.

UNIVERSALIDADE

FOCALIZAÇÃO

- Europeus, canadenses, australianos e muitos outros, que vivem em países onde a cobertura universal foi alcançada há muitos anos, assistem com perplexidade os debates no Congresso e Senado dos Estados Unidos. Como pode alguém se opor, se perguntam, a reformas voltadas para garantir acesso a seguro de saúde financeiramente acessível **PARA AQUELES QUE AINDA NÃO ESTÃO PROTEGIDOS** no país mais rico do mundo? Que argumento, se perguntam, alguém daria para se opor a uma reforma que poderia estender proteção para os **SEGMENTOS VULNERÁVEIS DA POPULAÇÃO?** (pág. xxi)

- A pesquisa para este volume apresenta que, quando adequadamente concebido e associado a subsídios públicos, o seguro de saúde pode contribuir para o bem-estar das **FAMÍLIAS POBRES E DE CLASSE MÉDIA**, não apenas dos ricos. E pode contribuir para os objetivos de desenvolvimento, como melhor acesso aos cuidados de

saúde, melhor proteção financeira contra custos de doença, e redução da exclusão social. (pág. xxi)

- *Scaling Up Affordable Health Insurance: Staying the Course (...)* é o quinto volume de uma série de revisões detalhadas do papel do financiamento da saúde na melhoria do acesso a **SERVIÇOS NECESSÁRIOS PARA POPULAÇÕES DE BAIXA RENDA**, para sua proteção contra o empobrecimento devido à doença, e em questões importantes de exclusão social em programas financiados pelo governo. O sucesso em melhorar o acesso e proteção social por meio do seguro de saúde comunitário e privado tem levado muitos países a tentarem tornar a filiação compulsória e oferecer seguro subsidiado por meio do setor público. (pág. xxii)

- Em um volume anterior, *Health Financing for Poor People: Resource Mobilization and Risk Sharing*, os coeditores Alexander S. Preker e Guy Carrin apresentaram um trabalho de revisão do Banco Mundial sobre o papel de esquemas de financiamento comunitários em **ALCANÇAR OS POBRES EM ÁREAS RURAIS E FAVELAS**. A maioria dos esquemas de financiamento tem sido desenvolvida sob severas restrições econômicas, instabilidade política e ausência de boa governança. A capacidade de tributação do governo é geralmente fraca em países pobres, **FALTAM MECANISMOS FORMAIS DE PROTEÇÃO SOCIAL PARA POPULAÇÕES VULNERÁVEIS** bem como o controle do governo sobre o setor de saúde informal. (pág. xxiii)

-Nesse contexto de extremo fracasso do setor público, o envolvimento da comunidade no financiamento dos cuidados de saúde oferece um primeiro passo crítico, apesar de insuficiente, na longa marcha para a melhoria do acesso a serviços de saúde pelos **POBRES** e proteção social contra os custos da doença. (...) Com base em extensiva revisão da literatura, os principais pontos fortes dos esquemas de financiamento comunitário são o grau de penetração alcançado pela participação comunitária, sua contribuição para proteção financeira contra custos de doença e o aumento do acesso a serviços de saúde por **TRABALHADORES RURAIS E DO SETOR INFORMAL DE BAIXA RENDA**. Alguns de seus principais pontos fracos são o baixo nível de receitas que podem ser mobilizadas das **COMUNIDADES POBRES**, a frequente **EXCLUSÃO DOS MISERÁVEIS** de participação em tais esquemas sem alguma

forma de subsídio, o pequeno tamanho da partilha de risco, a limitada capacidade de gestão nos **CONTEXTOS RURAIS E DE BAIXA RENDA**, e seu isolamento de benefícios mais abrangentes que estão geralmente disponíveis por meio de mecanismos formais de financiamento da saúde e de redes de prestadores. Muitas dessas observações também se aplicam para o seguro de saúde voluntário privado. (pág. xxiii)

- Todos os volumes nesta série recomendam fortemente o pré-pagamento no lugar de pagamentos diretos para serviços de saúde. O uso de seguro foi recomendado para o pagamento de riscos menos frequentes e de alto custo e subsídios para cobrir acessibilidade para **PACIENTES POBRES** a problemas de saúde mais frequentes de baixo custo. (pág. xxiv)

- Esquemas de financiamento comunitário emergem principalmente devido à incapacidade do governo de alcançar **POBRES DAS ÁREAS RURAIS E TRABALHADORES DO SETOR INFORMAL URBANO** (págs. xxiv – xxv)

- Esquemas de seguro de saúde voluntário privado são geralmente estabelecidos por grandes empresas. (...) **AS POPULAÇÕES COBERTAS SÃO GERALMENTE TRABALHADORES DO SETOR FORMAL**. Os benefícios oferecidos são em geral mais generosos comparados com os oferecidos pelos esquemas comunitários e programas do governo com financiamento público. Enquanto os esquemas de financiamento comunitário tendem a ser não lucrativos, muitos esquemas de seguro de saúde voluntário privado são lucrativos. (pág. xxv)

- *Scaling Up Affordable Health Insurance: Staying the Course* descreve como alguns países tentaram saltar entre os seguros público e privado ao introduzir legislação para dar a população amplo acesso a um serviço de saúde nacional gratuito subsidiado pelo governo como um direito humano básico. Por diversas razões, entretanto, poucos **PAÍSES DE RENDA BAIXA E MÉDIA CONSEGUIRAM GARANTIR ACESSO UNIVERSAL POR MEIO DESSA ABORDAGEM**. (...) **OS SUBSÍDIOS DOS FORNECEDORES PÚBLICOS GERALMENTE NÃO ALCANÇAM OS POBRES QUANDO PROGRAMAS SÃO CONCEBIDOS PARA PRESTAR CUIDADOS DE SAÚDE PARA TODOS**. (...) **“DIREITOS” – SEM AÇÃO OU ACCOUNTABILITY E RESPONSABILIDADE – NÃO SERVIRAM PARA OS POBRES NOS PAÍSES DE RENDA BAIXA E MÉDIA**. (pág. xxv)

- Os editores e autores de *Scaling Up Affordable Health Insurance: Staying the Course* defendem veementemente que se dê mais atenção ao seguro de saúde do que foi dado no passado. O seguro é um importante instrumento – junto a outros mecanismos de financiamento – para comprar custo-benefício de prestadores públicos e privados, alcançando orçamento sustentável para o acesso a serviços de saúde necessários, proteção financeira contra os custos da doença que levam ao empobrecimento, e a **COBERTURA DO SEGURO DE SAÚDE PARA GRUPOS SOCIAIS QUE SÃO GERALMENTE EXCLUÍDOS DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICOS.** (pág. xxvi)

INTEGRALIDADE X MÍNIMOS SOCIAIS

OMS. **Financiamento dos Sistemas de Saúde: o caminho para a cobertura universal, Relatório Mundial da Saúde.** [online]. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf>. Acesso em: 26 de setembro de 2014.

INTEGRALIDADE

- Uma aquisição mais activa pode melhorar a qualidade e eficiência ao colocar **QUESTÕES EXPLÍCITAS SOBRE AS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO: QUE INTERVENÇÕES E SERVIÇOS RESPONDEM MELHOR A ESSAS NECESSIDADES E EXPECTATIVAS COM OS RECURSOS DISPONÍVEIS? QUAL A MELHOR COMBINAÇÃO DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO, TRATAMENTO E REABILITAÇÃO? COMO E DE QUEM DEVEM ESSAS INTERVENÇÕES E SERVIÇOS SER PRESTADOS E ADQUIRIDOS?** (pág. xxi)

- Para atingir a cobertura universal de saúde, os países precisam de sistemas de financiamento que **PERMITAM ÀS PESSOAS UTILIZAR TODOS OS TIPOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE – PROMOÇÃO, PREVENÇÃO, TRATAMENTO E REABILITAÇÃO** – sem incorrer em sacrifício financeiro. (pág. 2)

- Os sistemas de financiamento devem ser especificamente desenhados para: **PROVER TODAS AS PESSOAS COM ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE QUE TÊM NECESSIDADE (INCLUINDO PREVENÇÃO, PROMOÇÃO, TRATAMENTO E REABILITAÇÃO) DE QUALIDADE SUFICIENTE PARA SEREM EFICAZES;** e assegurar que a utilização de serviços de saúde não exige do utente sacrifício financeiro (14). (pág. 6)

MÍNIMOS SOCIAIS

- Três problemas fundamentais, interligados limitam a aproximação dos países a cobertura universal. O primeiro é a disponibilidade de recursos. **NENHUM PAÍS, INDEPENDENTEMENTE DO GRAU DE RIQUEZA, FOI CAPAZ DE**

ASSEGURAR QUE TODA A GENTE TENHA ACESSO IMEDIATO A TODAS AS TECNOLOGIAS E INTERVENÇÕES QUE PODEM MELHORAR A SUA SAÚDE OU PROLONGAR A SUA VIDA. (pág. xiii)

- Estimativas recentes do dinheiro necessário **PARA ATINGIR OS OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO (ODM) RELACIONADOS COM A SAÚDE E ASSEGURAR ACESSO A INTERVENÇÕES CRÍTICAS**, incluindo para doenças não-transmissíveis em 49 países de baixo rendimento, sugerem que, em média (não – ponderada) esses países precisarão de gastar um pouco mais de 60 US\$ per capita em 2015, consideravelmente mais do que os 32 US\$ que actualmente gastam. (pág. xiv)

- Mas mesmo os países que actualmente gastam mais do que o mínimo estimado não se podem dar ao luxo de relaxar. **ATINGIR OS ODM DE SAÚDE E ASSEGURAR O ACESSO AS INTERVENÇÕES CRÍTICAS COM FOCO NAS DOENÇAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS – AS INTERVENÇÕES INCLUÍDAS NAS ESTIMATIVAS DE CUSTOS AQUI DESCRITOS – E APENAS O COMEÇO.** À medida que o sistema melhora, seguir-se-ão inevitavelmente as exigências por mais serviços, melhor qualidade e/ou maiores níveis de protecção para o risco financeiro. Os países afluentes estão continuamente a procurar fundos para satisfazer as crescentes exigências e expectativas das suas populações e para pagar por tecnologias em rápida expansão e novas opções para melhorar a saúde. (pág. xiv)

- Enquanto que os sistemas de seguro voluntário podem angariar alguns fundos na ausência de pré-pagamento e fundos comuns generalizados, e também ajudar a familiarizar as pessoas com os benefícios do seguro, **ELES TÊM CAPACIDADE LIMITADA PARA COBRIR O LEQUE DE SERVIÇOS PARA OS QUE SÃO DEMASIADO POBRES PARA PAGAR OS PRÊMIOS.** (pág. xvii)

- Mesmo quando o financiamento é predominantemente pré-pago e agregado num fundo comum, terão de ser considerados os *trade-off* s entre as proporções da população a ser coberta, **O LEQUE DE SERVIÇOS A SER DISPONIBILIZADO**, e a proporção dos custos totais a ser paga (Fig. 1). A caixa designada “fundos comuns actuais” descreve a situação num país hipotético, em que cerca de metade da população está coberta **PARA APROXIMADAMENTE METADE DOS SERVIÇOS**

POSSÍVEIS, mas menos de metade do custo desses serviços e coberto pelos fundos comuns. Para se aproximar da cobertura universal, o país deveria estender a cobertura a mais pessoas, **OFERECER MAIS SERVIÇOS**, e pagar uma proporção maior dos custos. (...) Mas nenhum dos países afluentes de que se diz terem atingido a cobertura universal cobre, na realidade, 100% da população, **PARA 100% DOS SERVIÇOS DISPONÍVEIS** e para 100% dos custos – e sem listas de espera. (pág. xviii)

- Apesar de tudo, **TODA A POPULAÇÃO DESSES PAÍSES TEM ACESSO A UM LEQUE DE SERVIÇOS (PREVENÇÃO, PROMOÇÃO, TRATAMENTO E REABILITAÇÃO)**. (pág. xviii)

- Por exemplo, onde todos menos a elite estão excluídos dos serviços de saúde, a progressão rápida para um sistema que cubra todos, ricos e pobres, pode ser uma prioridade, **MESMO QUE A LISTA DE SERVIÇOS E A PROPORÇÃO DOS CUSTOS COBERTO PELOS FUNDOS COMUNS SEJA RELATIVAMENTE PEQUENA**. (pág. xix)

- Como já foi mencionado acima, muitos dos países mais pobres serão incapazes, por muitos anos, de financiar um sistema de cobertura universal – **MESMO QUE COM UMA MODESTA LISTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE** – com os seus recursos domésticos. (pág. xxiv)

- **OS FUNDOS COMUNS NUNCA SERÃO CAPAZES DE COBRIR 100% DA POPULAÇÃO PARA 100% DOS CUSTOS E 100% DOS SERVIÇOS NECESSÁRIOS**. Os países ainda terão de fazer escolhas difíceis quanto à melhor utilização desses fundos. (pág. 2)

- De acordo com o governo do Ruanda 91% da população do país pertence a um dos três principais planos de seguro de saúde (17). (...) Os planos de seguros não cobrem todos os custos de saúde: as famílias ainda têm que pagar directamente uma proporção dos seus custos e **O LEQUE DE SERVIÇOS DISPONÍVEL É DEFINITIVAMENTE MENOS EXTENSO DO QUE EM PAÍSES MAIS RICOS**. (...) Num estágio ainda precoce de desenvolvimento, existem ainda muitos desafios. Estes incluem: tornar as contribuições mais acessíveis aos mais pobres; **AUMENTAR O LEQUE DE SERVIÇOS OFERECIDOS** e a proporção dos custos totais cobertos; e melhorar a gestão financeira. O Ruanda também se esforça por harmonizar os

diferentes mecanismos de financiamento, parcialmente através do desenvolvimento de um quadro legal de governação para o seguro social de saúde (20). (pág. 7)

- No outro extremo da escala de rendimentos, 27 países da OCDE cobrem todos os seus cidadãos **COM UM CONJUNTO DE INTERVENÇÕES** através de fundos comuns, enquanto outros dois – o México, com o seu plano de seguro de saúde voluntário *Seguro Popular*, e a Turquia, com o seu Programa de Transformação de Saúde – estão a movimentar-se no mesmo sentido (45-47). (págs. 8-9)

- Desde então, o sistema (coreano) procurou **EXPANDIR TANTO O LEQUE DE SERVIÇOS OFERECIDOS** como a proporção dos custos coberta pelo sistema de seguro. (pág. 9)

- Também o Chile atravessou várias fases. Depois de ter gerido um serviço nacional de saúde com financiamento estatal por 30 anos, optou em 2000 por uma abordagem mista público / privada para o seguro de saúde, **GARANTINDO ACESSO UNIVERSAL A TRATAMENTOS DE QUALIDADE PARA UM LEQUE BEM DEFINIDO DE SITUAÇÕES**. O número de situações expandiu com o tempo e os pobres têm sido os maiores beneficiários (29). (pág. 9-10)

- Para percebermos onde estamos hoje, temos que nos centrar nos dois elementos principais da cobertura universal descritos atrás: **ACESSO FINANCEIRO A SERVIÇOS CRUCIAIS**; e a extensão da protecção do risco financeiro providenciada as pessoas que os usam (Caixa 1.3). (pág. 10)

- Como tal, a OMS é co-promotora com a OIT e participante activa na iniciativa das Nações Unidas para ajudar os países a desenvolver **TECTOS DE PROTECÇÃO SOCIAL ABRANGENTES**. Estes incluem a protecção contra o risco financeiro discutido neste relatório assim como aspectos de substituição de rendimentos e apoio social em caso de doença (64). (pág. 13)

- Todos os países devem fazer escolhas e opções, particularmente quanto ao modo como os fundos comuns são usados. É um constante desafio equilibrar as prioridades: os fundos mantêm-se escassos, no entanto as pessoas exigem mais e as novas tecnologias para a melhoria da saúde estão em constante expansão. Tais conflitos forçam os decisores políticos a fazer escolhas em três áreas nucleares (Figura 1.2): a proporção da população a ser coberta, **O LEQUE DE SERVIÇOS A QUE SE DÁ**

ACESSO; e a proporção dos custos totais abrangida. (...) Para se aproximar da cobertura universal, o país deveria estender a cobertura a mais pessoas, **OFERECER MAIS SERVIÇOS** e/ou pagar uma maior proporção do custo com os fundos comuns. (...) Mas nenhum país, nem mesmo os de rendimentos elevados e dos quais se diz terem alcançado a cobertura universal, tem, sem listas de espera, 100% da população coberta para **100% DOS SERVIÇOS QUE PODERIAM SER DISPONIBILIZADOS** e para 100% dos custos. (pág. 13)

- Apesar disso, todos nesses países (países europeus com sistemas de protecção social estabelecidos há muito) **TÊM ACESSO A UM CONJUNTO DE SERVIÇOS (DE PREVENÇÃO, PROMOÇÃO, TRATAMENTO E REABILITAÇÃO)** e quase toda a gente está protegida dos riscos financeiros graves graças ao pré-pagamento e aos fundos comuns. A base é comum, mesmo que as especificidades sejam diferentes, moldadas pelas expectativas da população e dos prestadores de saúde, pelo ambiente político e pela disponibilidade de fundos. (pág. 13)

- Por exemplo, em contextos em que apenas a elite não está actualmente excluída de serviços de saúde, caminhar rapidamente para um sistema que cubra todos, ricos e pobres, pode ser uma prioridade, **MESMO QUE A LISTA DE SERVIÇOS E A PROPORÇÃO DOS CUSTOS COBERTOS PELOS FUNDOS COMUNS SEJA RELATIVAMENTE PEQUENA** (21,66). Entretanto, num sistema de base ampla, com apenas algumas “bolsas” de exclusão, o país pode inicialmente optar por uma abordagem dirigida, identificando os que estão excluídos e cumprindo etapas para assegurar que são progressivamente incluídos. Nesses casos, **ELES PODEM VIR A COBRIR MAIS SERVIÇOS** para os pobres e/ou cobrir uma maior proporção dos seus custos. (pág. 14)

- O Ruanda, com um rendimento nacional *per capita* de cerca de US\$ 400, **OFERECE UM CONJUNTO DE SERVIÇOS BÁSICOS AOS SEUS CIDADÃOS ATRAVÉS DE UM SISTEMA DE SEGUROS DE SAÚDE** a um custo de apenas US\$ 37 *per capita* (4). (pág. 21)

- Esta estimativa inclui o custo de expandir os sistemas de saúde de tal modo que eles sejam capazes **DE PRESTAR O CONJUNTO COMPLETO DAS INTERVENÇÕES ESPECIFICADAS. INCLUI INTERVENÇÕES DIRIGIDAS**

A DOENÇAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS E AQUELAS QUE SÃO O FOCO DOS OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO (ODM) RELACIONADOS COM A SAÚDE. (págs. 21-22)

- Em 2001 a Comissão de Macroeconomia e Saúde estimou que os serviços básicos poderiam ser disponibilizados por cerca de US\$ 34 *per capita* (6), próximo do que o Ruanda gasta actualmente. No entanto, os **CÁLCULOS NÃO INCLUÍRAM O CUSTO TOTAL DE ANTI-RETROVIRAIS OU O TRATAMENTO DE DOENÇAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS**; nem tiveram completamente em conta os investimentos que seriam necessários para reforçar um sistema de saúde de tal modo que a cobertura possa ser estendida a áreas mais isoladas. (pág. 22)

OMS. 64.^a Asamblea Mundial de la Salud. WHA64.9. Estructuras de financiación sostenible de la salud. [online]. 2011. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64-REC1/A64_REC1-sp.pdf>. Acesso em 26 de setembro de 2014.

INTEGRALIDADE

- Recordando asimismo el párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el que se afirma que toda persona tiene derecho a un **NIVEL DE VIDA ADECUADO QUE LE ASEGURE, ASÍ COMO A SU FAMILIA, LA SALUD Y EL BIENESTAR**, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, y tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad;

- Reconociendo que unos sistemas de salud eficaces que presten **SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD, INCLUIDOS SERVICIOS PREVENTIVOS**, son de importancia capital para la salud, el desarrollo económico y el bienestar, y que esos sistemas deben basarse en una financiación equitativa y sostenible, como se indica en la «Carta de Tallin: sistemas sanitarios para la salud y la riqueza» (2008);

- (INSTA a los Estados Miembros) a que procuren alcanzar la cobertura y el acceso

universales y asequibles para todos los ciudadanos sobre una base de equidad y solidaridad, con el fin de proporcionar una gama adecuada de atención y servicios de salud, cuyos costos estén cubiertos en grado suficiente, y **SERVICIOS PREVENTIVOS INTEGRALES Y ASEQUIBLES**, mediante el fortalecimiento de una presupuestación equitativa y sostenible de los recursos financieros; (1.2)

- (INSTA a los Estados Miembros) a que velen por que en la asignación general de recursos se encuentre un **EQUILIBRIO APROPIADO ENTRE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES, REHABILITACIÓN Y PRESTACIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD**; (1.9)

- (PIDE a la Directora General) que, a petición de los Estados Miembros, proporcione apoyo técnico para fortalecer la capacidad y la experiencia en la mejora de los sistemas de financiación de la salud, en particular planes equitativos de pago anticipado, con miras a **ALCANZAR LA COBERTURA UNIVERSAL MEDIANTE LA PRESTACIÓN DE UNA ATENCIÓN Y UNOS SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES PARA TODOS**, incluido el fortalecimiento de la capacidad de seguimiento de los flujos de gastos en salud mediante la aplicación de marcos de contabilidad normalizados; (2.6)

MÍNIMOS SOCIAIS

- Subrayando la valiosa contribución que realizan las estructuras de financiación justas y sostenibles a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, esto es, el Objetivo 4 (**REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL**); el Objetivo 5 (**MEJORAR LA SALUD MATERNA**); y el Objetivo 6 (**COMBATIR EL VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES**), así como del Objetivo 1 (**ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE**);

- Considerando que al elegir un sistema de financiación de la salud es preciso tener en cuenta la situación de cada país, y que es importante regular y mantener las funciones básicas de la mancomunación de riesgos, las compras y la prestación de **SERVICIOS BÁSICOS**;

- (INSTA a los Estados Miembros) a que programen la transición de sus sistemas de salud a la cobertura universal, sin dejar de salvaguardar la calidad de los servicios y de

satisfacer las necesidades de la población, **CON EL FIN DE REDUCIR LA POBREZA Y ALCANZAR LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO ACORDADOS A NIVEL INTERNACIONAL, EN PARTICULAR LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO;** (1.5)

- (PIDE a la Directora General) que prepare una estimación del número de personas cubiertas por un **SISTEMA BÁSICO DE SEGURO DE ENFERMEDAD QUE PROPORCIONE ACCESO A LA ATENCIÓN Y LOS SERVICIOS DE SALUD BÁSICOS**, la cual esté desglosada por países y regiones; (2.5)

OPAS/OMS. **Resolução CD52.R11. Proteção Social em Saúde.** [online]. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, 2013. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8833&Itemid=40033&lang=pt>. Acesso em: 26 de setembro de 2014.

INTEGRALIDADE

- Consciente da necessidade de dar continuidade à formulação de políticas e programas focados na construção de **SISTEMAS DE SAÚDE MAIS INTEGRADOS**, equitativos e solidários que apoiem o direito a gozar do mais elevado nível de saúde possível;

MÍNIMOS SOCIAIS

- Cientes do marco da Rede Interamericana de Proteção Social (RIPSO), acordado pelas lideranças e chefes de estado na 5ª Cúpula das Américas para aliviar a pobreza e reduzir as desigualdades por meio do compartilhamento de melhores práticas em proteção social e da facilitação da cooperação em assistência técnica, e do Grupo de Trabalho Conjunto das Cúpulas, do qual a OPAS é membro, e o qual apoia a implementação da RIPSO; bem como da **INICIATIVA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE O PISO DE PROTEÇÃO SOCIAL, ADOTADA EM 2009 PELO CONSELHO DIRETOR EXECUTIVO DO SISTEMA DAS NAÇÕES UNIDAS, E A RECOMENDAÇÃO 202 SOBRE OS PISOS DE PROTEÇÃO SOCIAL, ADOTADA PELA ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO EM**

2012;

OMS. 66.^a Asamblea Mundial de la Salud. [A/66/24](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_24-sp.pdf). Cobertura sanitaria universal: informe de la Secretaría. Ginebra: Naciones Unidas. [online]. 2013. Disponible en: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_24-sp.pdf>. Acceso en: 26 de setiembre de 2014.

INTEGRALIDADE

- En la aplicación de estas estrategias, los países ven en la cobertura sanitaria universal dos vertientes relacionadas entre sí: la cobertura de todos por los **SERVICIOS DE SALUD NECESARIOS (PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y CUIDADOS PALIATIVOS)**, y su cobertura por una protección contra los riesgos financieros. La cobertura sanitaria universal tiene por objetivo garantizar que todas las personas obtengan los **SERVICIOS DE SALUD QUE NECESITAN** sin riesgo de ruina económica. (7)
- Los participantes expresaron su firme apoyo al desarrollo de unos sistemas de salud que satisfagan las aspiraciones de la cobertura sanitaria universal: todas las personas, con independencia de su capacidad de pago, **DEBEN TENER ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD QUE NECESITEN** sin por ello hacer correr un riesgo financiero a sus familias. (27)

MÍNIMOS SOCIAIS

- Hay otros procesos internacionales que refuerzan el **VÍNCULO ENTRE LA COBERTURA CON SERVICIOS DE SALUD ESENCIALES** y la protección contra los riesgos financieros, como la iniciativa del Secretario General de las Naciones Unidas «Todas las mujeres, todos los niños» (septiembre de 2010) o la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (septiembre de 2011). (5)
- El avance hacia la cobertura sanitaria universal es un proceso que requiere progresos en varios frentes: **LA GAMA DE SERVICIOS DISPONIBLES PARA LA**

POBLACIÓN (LOS MEDICAMENTOS, PRODUCTOS MÉDICOS, PERSONAL SANITARIO, INFRAESTRUCTURA E INFORMACIÓN QUE SE NECESITAN PARA GARANTIZAR UNA BUENA CALIDAD); la proporción de los costos de esos servicios que está cubierta, y la proporción de la población que está cubierta. (...) **LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL NO CONSISTE EN LOGRAR UN PAQUETE MÍNIMO FIJO.** (9)

- A nivel mundial se han hecho progresos continuos hacia la cobertura sanitaria universal, con respecto tanto al **AUMENTO DE LA COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD (EN PARTICULAR DE LOS RELACIONADOS CON LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO)**, como al nivel de protección contra los riesgos financieros y al fortalecimiento del sistema de salud en general. (12)

-Las mejoras en esas áreas, así como de otros determinantes sociales, facilitan la recaudación de fondos para la salud, **AUMENTAN LA GAMA, CALIDAD Y COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD NECESARIOS**, y se traducen en una mejora de la salud. (14)

- Se calcula que en el mundo hay 1000 millones de pobres que todavía no reciben los servicios de salud que necesitan. **POR EJEMPLO, LOS PARTOS ATENDIDOS POR PROFESIONALES SANITARIOS CUALIFICADOS EN EL ÁFRICA SUBSAHARIANA SOLO AUMENTARON DEL 44% AL 45% ENTRE 2000 Y 2010, MIENTRAS QUE LA COBERTURA POR MUCHOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD NECESARIOS PARA PREVENIR O TRATAR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES SE CONSIDERA BAJA EN MUCHAS PARTES DEL MUNDO.** (15)

- El **ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIALES ASEQUIBLES** fue mayor en el periodo 2007-2011 que en los cinco años anteriores, pero la **DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS ESENCIALES (GENÉRICOS)** en una muestra de países de ingresos bajos y medianos bajos era tan solo del 50,1% en los centros sanitarios públicos, y del 67% en los privados. Más de 1000 millones de personas no tenían **ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIALES**. En la mayoría de los entornos los sistemas de información siguen siendo incapaces de proporcionar datos sobre la

cobertura por la mayor parte de las **INTERVENCIONES PROFILÁCTICAS Y TERAPÉUTICAS PARA LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES**. (16)

- Pese al aumento del gasto sanitario, en muchos países los fondos siguen siendo insuficientes para garantizar la cobertura sanitaria universal, **INCLUSO CON UNA SERIE MÍNIMA DE SERVICIOS DE SALUD (ES DECIR, PARA RESPALDAR LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y CUIDADOS PALIATIVOS)**. El Grupo Especial de Alto Nivel sobre Formas Innovadoras de Financiación de los Sistemas de Salud ha calculado que para garantizar la cobertura, **AUNQUE FUERA CON UNA SERIE MÍNIMA DE SERVICIOS**, los países necesitaban una media de US\$ 44 *per capita* en 2009, cifra que aumentaría a US\$ 60 en 2015. (17)

- En 2013 se iniciaron en las Naciones Unidas debates oficiales para determinar **LOS PROGRESOS HACIA LA CONSECUCIÓN DE LOS ACTUALES OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO Y DECIDIR SOBRE LOS NUEVOS OBJETIVOS PARA DESPUÉS DE 2015**. Es fundamental que se aceleren los trabajos sobre los actuales Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud y se tomen medidas para **HACER FRENTE AL AUMENTO DE LA CARGA DE ENFERMEDADES QUE NO ESTÁN INCLUIDAS EN LA DECLARACIÓN DEL MILENIO, EN PARTICULAR LAS NO TRANSMISIBLES**. El avance hacia la cobertura universal requiere que la labor relacionada con cada uno de los problemas sanitarios prioritarios se aglutine mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud. (19)

- Se reconoció que la agenda inconclusa de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud es un foco importante para atraer la atención mundial, y se consideró que la cobertura de **SERVICIOS DE SALUD ADECUADOS, ACCESIBLES, ASEQUIBLES Y DE LA CALIDAD DESEADA, ES FUNDAMENTAL PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS**, especialmente en el caso de las poblaciones vulnerables. **AL MISMO TIEMPO, LA TOMA DE CONCIENCIA SOBRE LA CARGA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES HA HECHO QUE SE PRESTARA MÁS ATENCIÓN A LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN Y LA PROMOCIÓN, AL PAPEL**

CRUCIAL DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA PRESTACIÓN DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO Y CRÓNICA, Y AL USO ADECUADO DE LOS HOSPITALES. (29)

ONU. [A/67/L.36](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/67/L.36&referer=http://www.un.org/en/ga/info/draft/index.shtml&Lang=S). **Salud mundial y política exterior** [online]. Ginebra: Naciones Unidas, 2012. Disponible en: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/67/L.36&referer=http://www.un.org/en/ga/info/draft/index.shtml&Lang=S. Acceso em: 26 de setembro de 2014.

INTEGRALIDADE

- Reafirmando el derecho de toda persona **AL DISFRUTE DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL**, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social; y el **DERECHO DE TODA PERSONA A UN NIVEL DE VIDA ADECUADO QUE LE ASEGURE, ASÍ COMO A SU FAMILIA, LA SALUD Y EL BIENESTAR**, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, **ASÍ COMO EL DERECHO A LA SEGURIDAD** en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad,

MÍNIMOS SOCIAIS

- Acogiendo con beneplácito los resultados de las grandes conferencias y cumbres de las Naciones Unidas que han contribuido a promover el programa mundial de salud, en especial (...)la recomendación núm. 202 relativa a **LOS PISOS NACIONALES DE PROTECCIÓN SOCIAL**, aprobada en la 101ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo (...).

- Tomando nota del Informe sobre la salud en el mundo 2010, titulado “Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal”, y **LA INICIATIVA DE LAS NACIONES UNIDAS EN PRO DE UN NIVEL MÍNIMO DE PROTECCIÓN SOCIAL**, que hizo suya la Junta de los Jefes Ejecutivos del Sistema de las Naciones Unidas para la Coordinación en abril de 2009 (...).

- Reafirmando su compromiso de hacer todo lo posible por acelerar el logro de los **OBJETIVOS DE DESARROLLO CONVENIDOS INTERNACIONALMENTE, INCLUIDOS LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO HACIA 2015,**
- Reconociendo que muchos de los determinantes subyacentes de la salud y de los factores de riesgo de enfermedades transmisibles y no transmisibles, **EN PARTICULAR LA TUBERCULOSIS, LA MALARIA, EL VIH Y EL SIDA,** así como las causas de la **MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL,** están relacionados con condiciones sociales y económicas, cuya mejora constituye una cuestión de política social y económica,
- Reconociendo también la necesidad de seguir promoviendo, estableciendo o apoyando y reforzando las políticas y planes nacionales multisectoriales para **LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES,** así como de adoptar medidas para poner en práctica dichas políticas y planes, entre otras cosas reconociendo la importancia de que los sistemas nacionales de salud tengan una cobertura universal, teniendo en cuenta su importante repercusión sobre la sostenibilidad de la financiación de los sistemas de salud,
- Reconociendo la importancia de que los sistemas nacionales de salud tengan una cobertura universal, **ESPECIALMENTE POR MEDIO DE MECANISMOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL,** a fin de proporcionar acceso a los servicios de salud a todos, en particular a los sectores más pobres de la población,
- Invita a los Estados Miembros a que reconozcan los vínculos entre la promoción de la cobertura universal de salud y otras cuestiones de política exterior, como la dimensión social de la globalización, la cohesión y la estabilidad, el crecimiento inclusivo y equitativo y el desarrollo sostenible y la sostenibilidad de los mecanismos nacionales de financiación, y la importancia de la cobertura universal de salud en los sistemas nacionales de salud, especialmente mediante **MECANISMOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, INCLUIDOS LOS NIVELES MÍNIMOS DE PROTECCIÓN SOCIAL DETERMINADOS A NIVEL NACIONAL;** (3)

- Exhorta a los Estados Miembros a valorar la contribución de la cobertura universal de salud **A LA CONSECUCCIÓN DE TODOS LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO INTERRELACIONADOS**, con el resultado final de vidas más saludables, en particular en el caso de las mujeres y los niños; (5)
- Reconoce que la cobertura universal de salud implica que toda persona tiene acceso sin discriminación **A UN CONJUNTO DE SERVICIOS MÉDICOS BÁSICOS DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, CURA Y REHABILITACIÓN ASÍ COMO A MEDICAMENTOS ESENCIALES, SEGUROS, ASEQUIBLES, EFECTIVOS Y DE CALIDAD**, velando por que la utilización de esos servicios no exponga a los usuarios a graves dificultades económicas, con especial hincapié en los segmentos pobres, vulnerables y marginados de la población; (10)
- Solicita al Secretario General que, en estrecha colaboración con la Directora General de la Organización Mundial de la Salud y con la participación de los programas, fondos y organismos especializados competentes del sistema de las Naciones Unidas y en consulta con los Estados Miembros, **ASIGNE UNA ALTA PRIORIDAD A LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD Y SUS VÍNCULOS CON LOS NIVELES MÍNIMOS DE PROTECCIÓN SOCIAL DENTRO DE SUS PROGRAMAS Y POLÍTICAS SOCIALES**; (28)
- Solicita también al Secretario General que presente a la Asamblea General en su sexagésimo octavo período de sesiones, en relación con el tema titulado “Salud mundial y política exterior”, un informe que recopile y analice las experiencias pasadas y actuales de los Estados Miembros sobre la forma en que lograron poner en práctica una cobertura universal de salud, **INCLUIDOS SUS VÍNCULOS CON LOS NIVELES MÍNIMOS DE PROTECCIÓN SOCIAL DETERMINADOS A NIVEL NACIONAL**, así como compartir, establecer y reforzar la capacidad institucional a fin de generar toma de decisiones normativas a nivel de los países y basadas en datos objetivos acerca de la elaboración de sistemas de cobertura universal de salud, entre otras cosas haciendo un seguimiento de las corrientes de gastos en salud mediante la aplicación de marcos contables estándar. (29)

ONU. [A/68/L.98](http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/68/98). **Salud mundial y política exterior** [online]. Ginebra: Naciones Unidas, 2013. Disponible en: <<http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/68/98>>. Acceso em: 26 de setembro de 2014.

INTEGRALIDADE

- Reafirmando el derecho de todo ser humano, sin distinción de ningún tipo, **AL DISFRUTE DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD FÍSICA Y MENTAL Y A UN NIVEL DE VIDA ADECUADO PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR DE UNO MISMO Y SU FAMILIA, INCLUIDAS UNA ALIMENTACIÓN, VESTIMENTA Y VIVIENDA ADECUADAS, Y A LA MEJORA CONTINUA DE LAS CONDICIONES DE VIDA,**
- Pide una mayor colaboración de los Estados Miembros y otras partes interesadas pertinentes de los sectores público y privado, incluidos la sociedad civil y el mundo académico, con el fin de mejorar la salud para todos, en particular **APOYANDO EL DESARROLLO DE SISTEMAS DE SALUD SOSTENIBLES E INTEGRALES, ASEGURANDO EL ACCESO UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD, FOMENTANDO LA INNOVACIÓN PARA ATENDER LAS NECESIDADES DE SALUD ACTUALES Y FUTURAS, Y PROMOVRIENDO LA SALUD DURANTE TODA LA VIDA;** (4)
- **ALIENTA A LOS ESTADOS MIEMBROS Y A LAS ASOCIACIONES PARA LA SALUD MUNDIAL A QUE CONSIDEREN LA SALUD DE MANERA INTEGRAL, ADOPTEN UN ENFOQUE MULTISECTORIAL, TOMEN MEDIDAS CON RESPECTO A LOS DETERMINANTES ECONÓMICOS, SOCIALES Y AMBIENTALES** en el impulso final para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y preparen el camino de la agenda para el desarrollo después de 2015; (8)

MÍNIMOS SOCIAIS

- Alienta a los Estados Miembros y a las asociaciones para la salud mundial a que consideren la salud de manera integral, adopten un enfoque multisectorial, tomen

medidas con respecto a los determinantes económicos, sociales y ambientales en el impulso final **PARA LA CONSECUCIÓN DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO, Y PREPAREN EL CAMINO DE LA AGENDA PARA EL DESARROLLO DESPUÉS DE 2015;** (8)

- Insta a los Estados Miembros a que cumplan sus compromisos con las **METAS Y LOS OBJETIVOS DE SALUD CONVENIDOS** y mantengan y aceleren los esfuerzos encaminados a la consecución de los **OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO, EN PARTICULAR LOS OBJETIVOS RELACIONADOS CON LA SALUD**, observando en particular la importancia de, entre otros instrumentos, la Declaración política de 2011 sobre el VIH y el SIDA: **INTENSIFICACIÓN DE NUESTRO ESFUERZO PARA ELIMINAR EL VIH Y EL SIDA**, la declaración política de 2011 de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre **LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES**, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, aprobado en El Cairo en septiembre de 1994, las medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción y la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing; (9)

- Alienta a los Estados Miembros y a todas las partes interesadas a que presten la debida consideración a la importancia de las cuestiones de salud en la elaboración de la agenda para el desarrollo después de 2015, y a que se dé la debida consideración, en particular, **A LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL, LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO RELACIONADOS CON LA SALUD Y LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES;** (11)

- Pide a las asociaciones para la salud mundial que apoyen a los Estados Miembros en el cumplimiento de sus responsabilidades para acelerar la transición hacia una cobertura sanitaria universal, lo que implica que todas las personas tengan acceso, sin discriminación, **A UN CONJUNTO DE SERVICIOS MÉDICOS BÁSICOS DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, CURA, REHABILITACIÓN Y PALIACIÓN QUE SE AJUSTEN A LAS NECESIDADES Y SE DETERMINEN A NIVEL NACIONAL, ASÍ COMO A MEDICAMENTOS ESENCIALES, SEGUROS, ASEQUIBLES, EFICACES Y DE CALIDAD, ESPECIALMENTE MEDIANTE**

LA PROMOCIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, al tiempo que se asegura que la utilización de esos servicios no suponga graves dificultades económicas para los usuarios, en particular los sectores pobres, vulnerables y marginados de la población; (12)

OIT. **Piso de Proteção Social para uma Globalização Equitativa e Inclusiva** [online]. Genebra, Organização Internacional do Trabalho, 2011. Disponível em: <http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/pub_relatabchelet.pdf>. Acesso em 26 de setembro de 2014.

INTEGRALIDADE

- Isso reforça o argumento de que, após a implementação de medidas para assegurar proteção social básica, os países devem passar à etapa seguinte: o desenvolvimento da dimensão vertical da extensão da proteção social, com níveis mais elevados de cobertura. **O PISO NÃO PODE SER ENTENDIDO COMO UM TETO DE PROTEÇÃO SOCIAL, MAS SIM UM DEGRAU EM DIREÇÃO A SISTEMAS MAIS ABRANGENTES.** (pág. xxvi)

- A ênfase do Piso na coerência e coordenação política significa que ele pode **PROTEGER E CAPACITAR INDIVÍDUOS DURANTE TODO O SEU CICLO DE VIDA.** (pág. 4)

MÍNIMOS SOCIAIS

- Os resultados preliminares do trabalho de colaboração entre o FMI e a OIT na avaliação do custo e do espaço fiscal disponível para a implementação das políticas relativas ao **PISO DE PROTEÇÃO SOCIAL** forneceram elementos essenciais para as discussões desenvolvidas neste relatório. (pág. viii)

- Em 2004, uma das principais conclusões da Comissão Mundial sobre a Dimensão Social da Globalização, constituída pela OIT, foi de que «**UM NÍVEL MÍNIMO DE PROTEÇÃO SOCIAL PRECISA SER ACEITO DE FORMA INCONTESTÁVEL COMO PARTE DE UM PISO SOCIOECONÔMICO DA ECONOMIA MUNDIAL**» (OIT, 2004, p. 110). (pág. xi)

- O conceito de Piso Social foi desenvolvido com parte da estratégia bidimensional da *Campanha Mundial sobre Seguridade social e Cobertura para Todos*, que articula objetivos de **UNIVERSALIZAÇÃO DE NÍVEIS BÁSICOS DE PROTEÇÃO SOCIAL PARA TODA A POPULAÇÃO (DIMENSÃO HORIZONTAL), COM OBJETIVOS DE AUMENTO PROGRESSIVO E GRADUAL DOS SISTEMAS DE PROTEÇÃO A PATAMARES MAIS ELEVADOS, CONFORME OS PADRÕES ESTABELECIDOS NAS NORMAS DA OIT (DIMENSÃO VERTICAL)**. (pág. xii)

- O relatório demonstra que a extensão da proteção social pode desempenhar um papel fundamental na redução da pobreza e a exclusão social, contribuindo para o cumprimento das promessas da Declaração Universal de Direitos Humanos. **ARGUMENTA-SE QUE A AMPLIAÇÃO DA COBERTURA DOS SISTEMAS DE PROTEÇÃO SOCIAL, BASEADA EM PISOS BÁSICOS**, é um dos elementos necessários para uma globalização mais equitativa e inclusiva. (pág. xxiv)

- O Piso Social deve incluir garantias de: Segurança de renda básica, sob a forma de transferências sociais variadas (monetárias ou em espécie), tais como pensões para idosos e pessoas portadoras de deficiência, benefícios para crianças, apoios à renda e/ou garantias de emprego e serviços para os desempregados e trabalhadores de baixa renda; e acesso universal **A SERVIÇOS SOCIAIS ESSENCIAIS** nas áreas da saúde, água e saneamento, educação, segurança alimentar, habitação e outras definidas de acordo com as prioridades nacionais. (pág. xxv)

- O conceito é parte integrante da estratégia bidimensional da OIT para a extensão da cobertura da seguridade social, incluindo um **CONJUNTO BÁSICO DE GARANTIAS SOCIAIS PARA TODOS (DIMENSÃO HORIZONTAL), E A IMPLEMENTAÇÃO GRADUAL DE NÍVEIS MAIS ELEVADOS DE PROTEÇÃO (DIMENSÃO VERTICAL)**, em conformidade com a Convenção No 102 da OIT sobre seguridade social de 1952, e outras, à medida que os países vão desenvolvendo os seus espaços fiscais e políticos. (pág. xxv)

- A Conferência Internacional do Trabalho de 2011 contribuiu para aprimorar a definição de Piso de Proteção Social adotando um **ENFOQUE INTEGRADO QUE VINCULA A SEGURANÇA DE RENDA AO ACESSO A BENS E SERVIÇOS**

SOCIAIS ESSENCIAIS. (pág. xxv)

- A noção de Piso de Proteção Social está ancorada no princípio fundamental de justiça social e no direito universal de todos à seguridade social e a um padrão de vida digno. As disposições estabelecidas no marco conceitual do Piso referem-se a uma série de direitos constantes na Declaração Universal de Direitos Humanos. A ideia principal é que nenhum cidadão deve viver abaixo de um determinado nível de renda e que **AO MENOS O ACESSO AOS SERVIÇOS SOCIAIS BÁSICOS** deve ser universal. (pág. xxvi)

- **É UMA ABORDAGEM ABRANGENTE DA PROTEÇÃO SOCIAL, QUE PRIORIZA AS PRESTAÇÕES BÁSICAS**, e foi concebida e desenvolvida com base em experiências inovadoras recentes. Tais prestações podem ser introduzidas gradualmente e de forma diversificada em função das aspirações nacionais, respeitando circunstâncias específicas e as capacidades institucionais e financeiras existentes em cada país. (pág. xxviii)

- Os últimos anos têm sido marcados por progressos significativos em direção à implementação dos componentes do Piso de Proteção Social em muitos países em desenvolvimento. Este processo desenvolveu-se mais rapidamente nos países de renda média, **ESPECIALMENTE POR MEIO DE POLÍTICAS E PROGRAMAS CENTRADOS NA SEGURANÇA DE RENDA E NA EXTENSÃO DE SERVIÇOS ESSENCIAIS, CONTRIBUINDO PARA REDUZIR BRECHAS DE COBERTURA.** (pág. xxviii)

- Progressos na análise da pobreza têm sido fundamentais na formulação dos programas. A crescente disponibilidade de dados relativos aos domicílios, aliada a métodos de identificação e classificação dos domicílios e dos indivíduos vivendo em situação de pobreza, melhorou a avaliação e compreensão desse fenômeno. Perspectivas multidimensionais de enfoque da pobreza ajudaram a promover a coordenação das intervenções, em especial das transferências sociais e **DOS SERVIÇOS BÁSICOS.** (pág. xxx)

- **A INTEGRAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DE PROGRAMAS DE PROTEÇÃO SOCIAL FRAGMENTADOS E DE BAIXO DESEMPENHO NO PISO DE PROTEÇÃO SOCIAL**, enquadrados nos objetivos nacionais de desenvolvimento,

pode trazer ganhos importantes. Nas estratégias direcionadas ao combate à pobreza, a coordenação entre diferentes setores é fundamental, mas muitas vezes difícil de assegurar. Disposições institucionais como, por exemplo, o desenvolvimento das agências de coordenação do setor da proteção social, são cruciais, principalmente na identificação de beneficiários e armazenamento de informações socioeconômicas, seja em cadastro único ou bases de dados interconectadas e consistentes. (pág. xxxi)

- Este documento recomenda que o desenho dos pisos deveria levar em conta os seguintes pontos: (...) **PRIVILEGIAR UM PROCESSO GRADUAL E PROGRESSIVO, CONSTRUÍDO A PARTIR DE SISTEMAS JÁ EXISTENTES E DE ACORDO COM AS PRIORIDADES NACIONAIS E AS RESTRIÇÕES ORÇAMENTÁRIAS.** (pág. xxxii)

- Em 2004, a Comissão Mundial sobre a Dimensão Social da Globalização, constituída pela OIT, concluiu que «**UM NÍVEL MÍNIMO DE PROTEÇÃO SOCIAL** deve ser aceito de forma incontestável como parte do piso socioeconômico da economia global» (Comissão Mundial, 2004, p. 110). (pág. 1)

- A última década testemunhou um progresso sem precedentes na cobertura de seguridade social em alguns países. Num curto período de tempo, **UM GRANDE NÚMERO DE INDIVÍDUOS FORAM INCLUÍDOS EM SISTEMAS BÁSICOS DE PROTEÇÃO SOCIAL QUE LHES PROPORCIONAM SEGURANÇA DE RENDA E CUIDADOS DE SAÚDE**, particularmente em certas economias emergentes. (pág. 3)

- Atualmente, observa-se um fenômeno novo e único na história, em que países como China, Ruanda e Vietnã, entre outros, construíram seus sistemas de proteção da saúde partindo praticamente do zero e alcançaram, num curto período de tempo, **COBERTURA BÁSICA EM LARGA ESCALA E QUASE UNIVERSAL** (figura 1). Apesar destes novos sistemas não serem tão abrangentes como na maioria dos países mais desenvolvidos, revelam um esforço notável para proporcionar uma **PROTEÇÃO MÍNIMA** a um grande número de cidadãos historicamente excluídos das vantagens do crescimento econômico. (págs. 3-4)

- Na prática, isto se reflete na rápida expansão de programas e políticas que combinam transferências de renda com **SERVIÇOS BÁSICOS**, garantias de emprego e/ou

reforço de ativos e capacidade produtiva. Tal aumento na cobertura de proteção deverá resultar em impactos significativos na redução da pobreza e exclusão social (Barrientos and Hulme, 2008). (pág. 4)

- O Piso baseia-se na ideia de que todos devem se beneficiar de uma **SEGURANÇA DE RENDA MÍNIMA**, garantida através de transferências monetárias ou em espécie, tais como pensões para os idosos e pessoas portadoras de deficiência, benefícios para crianças, prestações de apoio à renda e/ou garantias de emprego e serviços para os desempregados e trabalhadores pobres. Em conjunto, as transferências monetárias e em espécie devem assegurar o acesso de todos aos **BENS E SERVIÇOS ESSENCIAIS, INCLUINDO OS CUIDADOS BÁSICOS DE SAÚDE**, nutrição adequada, educação, habitação, água e saneamento. A ênfase do Piso na coerência e coordenação política significa que ele pode proteger e capacitar indivíduos durante todo o seu ciclo de vida. (pág. 4)

- O conceito de Piso de Proteção Social está relacionado, particularmente, com a utilização de transferências de renda como forma de garantir **ACESSO AOS SERVIÇOS BÁSICOS**. Em muitos países, isso significa que cidadãos podem beneficiar-se do acesso a educação básica, melhores cuidados de saúde e outros serviços, com impactos substanciais sobre a qualidade de vida e desenvolvimento humano. No entanto, em muitos países as medidas para melhora de acesso terão de ser complementadas por mecanismos de oferta de serviços destinados a reduzir as barreiras financeiras (por exemplo, a abolição de mensalidades escolares ou a redução dos custos de cuidados de saúde no momento da prestação do serviço). Em países e localidades mais pobres, o aumento da facilidade de acesso por si só será insuficiente se os serviços simplesmente não estiverem disponíveis. Nestes casos, a implementação do Piso de Proteção Social precisa ser realizada em coordenação com as autoridades do setor responsável pela extensão da cobertura dos sistemas de educação ou de saúde. (pág. 5)

- A noção de Piso de Proteção Social está ancorada em princípios comuns de justiça social e no direito universal de toda pessoa à seguridade social e a **UM NÍVEL DE VIDA SUFICIENTE PARA ASSEGURAR A SAÚDE E BEM-ESTAR DOS INDIVÍDUOS E DAS SUAS FAMÍLIAS**, incluindo nutrição, vestuário, alojamento, assistência médica e serviços sociais. É uma abordagem baseada em direitos, cuja ideia

principal é que **NENHUM SER HUMANO DEVERIA VIVER ABAIXO DE UM DETERMINADO NÍVEL DE RENDA E QUE TODOS DEVEM TER ACESSO A SERVIÇOS SOCIAIS BÁSICOS A FIM DE AUMENTAR AS OPORTUNIDADES DE TRABALHO DECENTE.** (pág. 9)

- A principal forma de evitar os problemas colocados pela focalização é expandir gradualmente os componentes do Piso de Proteção Social, com pelo menos alguns dos seus instrumentos (como aqueles que podem garantir a segurança de renda) vistos como um passo no desenvolvimento da seguridade social que claramente siga os princípios da universalidade. Programas universais que garantam o acesso irrestrito à proteção social podem promover direitos sociais e funcionar para a redução e erradicação da pobreza. Ao mesmo tempo, **PROPORCIONAM ÀS FAMÍLIAS POBRES ACESSO PREFERENCIAL A SERVIÇOS BÁSICOS QUE AJUDAM A ENFRENTAR A EXCLUSÃO SOCIAL.** (pág. 89)

- **É CONTROVERSA A EFICÁCIA DA IMPOSIÇÃO DE CONDIÇÕES PARA O ACESSO A SERVIÇOS ESSENCIAIS,** em particular as que punem crianças cujos pais não respeitem as normas dos programas ou incentivem a corrupção. (pág. 89)

- As conclusões sobre o debate sobre proteção social na 100ª sessão da Conferência Internacional do Trabalho destacaram o papel das organizações de empregadores e de trabalhadores nos esforços de sensibilização e na construção do apoio da opinião pública para a proteção social. Também reivindicaram uma maior participação de parceiros sociais nos processos de diálogo social buscando a concepção, implementação e gestão dos sistemas de seguridade social e **O ESTABELECIMENTO DE PISOS NACIONAIS DE PROTEÇÃO SOCIAL.**(pág. 90)

- **INTEGRAR E CONSOLIDAR PROGRAMAS DE PROTEÇÃO SOCIAL FRAGMENTADOS E DE BAIXO DESEMPENHO EM UM PISO DE PROTEÇÃO SOCIAL PODE TRAZER GANHOS IMPORTANTES.** A liderança do governo ajuda a garantir a responsabilização, especialmente no que diz respeito às atribuições e direitos das pessoas apoiadas pelo Piso, e que os programas e políticas se encaixem nos objetivos de desenvolvimento. (pág. 91)

- Redes de proteção social proporcionam um fórum para a harmonização e coordenação

entre agências e setores. Redes de proteção social podem facilitar muito a integração e harmonização **NA CONCESSÃO DE UM PISO DE PROTEÇÃO SOCIAL AOS BENEFICIÁRIOS.** (pág. 92)

- Foi assinado um Memorando de Entendimento entre os Ministérios da Saúde e da Educação (do Gana), **ESTABELECENDO VÍNCULOS ENTRE OS SERVIÇOS COMPLEMENTARES, TAIS COMO A INSCRIÇÃO AUTOMÁTICA DE BENEFICIÁRIOS LEAP** (programa *Livelihood Empowerment Against Poverty*) **NO SEGURO NACIONAL DE SAÚDE, A PARTICIPAÇÃO NA ISENÇÃO DO PAGAMENTO DA EDUCAÇÃO E PROGRAMAS DE BOLSAS UNIFORMES.** (pág. 92)

- Quadro 12 Chile – Rede para a segurança de renda básica e **ACESSO PREFERENCIAL AOS SERVIÇOS ESSENCIAIS** (pág. 93)

OIT. **RECOMENDAÇÃO R202. RECOMENDAÇÃO SOBRE OS PISOS DE PROTEÇÃO SOCIAL** [online]. Genebra, Organização Internacional do Trabalho, 2012. Disponível em: <http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:3065524,es>. Acesso em 26 de setembro de 2014.

INTEGRALIDADE

- Considerando la resolución y las conclusiones relativas a la discusión recurrente sobre la protección social (seguridad social), adoptadas por la Conferencia Internacional del Trabajo en su centésima reunión (2011), en las que se reconoce la necesidad de una recomendación que complemente las normas existentes de la OIT relativas a la seguridad social y proporcione orientación a los Miembros para establecer pisos de protección social adaptados a las circunstancias y niveles de desarrollo de cada país, **COMO PARTE DE SISTEMAS INTEGRALES DE SEGURIDAD SOCIAL;**

- A estos efectos, los Miembros deberían establecer progresivamente y mantener **SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRALES Y ADECUADOS** que sean coherentes con los objetivos de las políticas nacionales y tratar de articular las políticas

de seguridad social con las demás políticas públicas. (13.2)

- Al establecer **SISTEMAS INTEGRALES DE SEGURIDAD SOCIAL ACORDES CON LOS OBJETIVOS, LAS PRIORIDADES Y LAS CAPACIDADES ECONÓMICAS Y FISCALES NACIONALES**, los Miembros deberían tratar de alcanzar la gama y los niveles de prestaciones establecidos en el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), o en otros convenios y recomendaciones de la OIT sobre seguridad social que establecen normas más avanzadas. (17)

- Los Miembros deberían organizar consultas nacionales de forma periódica para evaluar los progresos realizados y examinar las políticas tendentes a obtener la **EXTENSIÓN HORIZONTAL Y VERTICAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL**. (20)

MÍNIMOS SOCIAIS

- Recordando que la Declaración de Filadelfia reconoce la obligación solemne de la Organización Internacional del Trabajo de fomentar programas que permitan «extender las medidas de seguridad social para **GARANTIZAR INGRESOS BÁSICOS A QUIENES LOS NECESITEN Y PRESTAR ASISTENCIA MÉDICA COMPLETA**»;

- Considerando la resolución y las conclusiones relativas a la discusión recurrente sobre la protección social (seguridad social), adoptadas por la Conferencia Internacional del Trabajo en su centésima reunión (2011), en las que se reconoce la necesidad de una recomendación que complemente las normas existentes de la OIT relativas a la seguridad social y **PROPORCIONE ORIENTACIÓN A LOS MIEMBROS PARA ESTABLECER PISOS DE PROTECCIÓN SOCIAL ADAPTADOS A LAS CIRCUNSTANCIAS Y NIVELES DE DESARROLLO DE CADA PAÍS**, como parte de sistemas integrales de seguridad social;

- La presente Recomendación proporciona orientaciones a los Miembros para: a) establecer y mantener, según proceda, **PISOS DE PROTECCIÓN SOCIAL COMO UN ELEMENTO FUNDAMENTAL DE SUS SISTEMAS NACIONALES DE SEGURIDAD SOCIAL**, y ; b) **PONER EN PRÁCTICA PISOS DE**

PROTECCIÓN SOCIAL EN EL MARCO DE ESTRATEGIAS DE EXTENSIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL QUE ASEGUREN PROGRESIVAMENTE NIVELES MÁS ELEVADOS DE SEGURIDAD SOCIAL para el mayor número de personas posible, según las orientaciones de las normas de la OIT relativas a la seguridad social. (1)

- A efectos de la presente Recomendación, **LOS PISOS DE PROTECCIÓN SOCIAL CONSTITUYEN CONJUNTOS DE GARANTÍAS BÁSICAS DE SEGURIDAD SOCIAL DEFINIDOS A NIVEL NACIONAL** que aseguran una protección destinada a prevenir o a aliviar la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social. (2)

- Los Miembros, en función de sus circunstancias nacionales, deberían establecer lo más rápidamente posible y mantener **PISOS DE PROTECCIÓN SOCIAL PROPIOS QUE INCLUYAN GARANTÍAS BÁSICAS EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL**. Estas garantías deberían asegurar como mínimo que, durante el ciclo de vida, todas las personas necesitadas tengan acceso a una atención de salud esencial y a una seguridad básica del ingreso que aseguren conjuntamente un acceso efectivo a los bienes y servicios definidos como necesarios a nivel nacional. (4)

- Los pisos de protección social mencionados en el párrafo 4 deberían comprender por lo menos las siguientes **GARANTÍAS BÁSICAS DE SEGURIDAD SOCIAL**: a) acceso a un conjunto de bienes y servicios definido a nivel nacional, que **CONSTITUYEN LA ATENCIÓN DE SALUD ESENCIAL, INCLUIDA LA ATENCIÓN DE LA MATERNIDAD**, que cumpla los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad; b) seguridad básica del ingreso para los niños, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional, que asegure el acceso a la alimentación, la educación, los cuidados y cualesquiera otros bienes y servicios necesarios; c) seguridad básica del ingreso, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional, para las personas en edad activa que no puedan obtener ingresos suficientes, en particular en caso de enfermedad, desempleo, maternidad e invalidez, y ; d) seguridad básica del ingreso para las personas de edad, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional. (5)

- Al definir las **GARANTÍAS BÁSICAS DE SEGURIDAD SOCIAL**, los Miembros

deberían tener debidamente en cuenta lo siguiente: a) las personas que necesitan atención de salud no deberían enfrentar dificultades ni un riesgo mayor de pobreza debido a las consecuencias financieras del acceso a la **ATENCIÓN DE SALUD ESENCIAL**. También se debería considerar la prestación gratuita de atención médica prenatal y puerperal a la población más vulnerable; b) la seguridad básica del ingreso debería permitir vivir con dignidad. **LOS NIVELES MÍNIMOS DE INGRESOS DEFINIDOS A NIVEL NACIONAL PODRÁN CORRESPONDER AL VALOR MONETARIO DE UN CONJUNTO DE BIENES Y SERVICIOS NECESARIOS**, a los umbrales nacionales de pobreza, a los umbrales de ingresos que dan derecho a la asistencia social o a otros umbrales comparables establecidos por la legislación o la práctica nacionales, y podrán tener en cuenta las diferencias regionales; (8)

- Al diseñar y poner en práctica los **PISOS DE PROTECCIÓN SOCIAL NACIONALES**, los Miembros deberían: a) combinar **MEDIDAS PREVENTIVAS, PROMOCIONALES Y ACTIVAS, PRESTACIONES Y SERVICIOS SOCIALES**; (10)

WORLD BANK. UNICO Studies Series 25. **The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence** [online]. Washington DC: The World Bank, 2013. Disponível em: <<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Images/IMPACTofUHCschemesinDevelopingCountries-AReviewofExistingEvidence.pdf>>. Acesso em: 26 de setembro de 2014.

INTEGRALIDADE

- Independentemente das características de concepção específicas de um esquema de UHC, é evidente que esforços para a UHC devem garantir acesso para todos, em tempo oportuno, para permitir o uso de “serviços de saúde necessários” (...) e “garantir que o uso desses serviços não exponha o usuário a sacrifícios financeiros” (...). (pág. 5)

SERVIÇOS DE SAÚDE NECESSÁRIOS INCLUEM SERVIÇOS DE PREVENÇÃO, PROMOÇÃO, TRATAMENTO E REABILITAÇÃO (...). (pág. 5 – nota de rodapé)

MÍNIMOS SOCIAIS

- O relatório desenvolve uma revisão de literatura prévia que examina as evidências disponíveis com relação ao impacto do **SEGURO DE SAÚDE** nos países de renda baixa e média (...) e é uma atualização do trabalho prévio com duas mudanças importantes. Primeiro, quatro anos de novas evidências são incluídos e, segundo, não somente o seguro de saúde é revisado, mas também uma vasta gama de esquemas de saúde que pode ser incluída sob o guarda-chuva da cobertura universal da saúde. (pág. 1)

- *Trade-offs*: população a ser coberta, custos e leque de serviços cobertos. Independentemente do arranjo institucional escolhido e em que medida os países são capazes de angariar fundos e melhorar a eficiência, “fundos comuns nunca serão capazes de cobrir 100% da população para 100% dos custos e 100% dos serviços necessários” (...). Isso se reflete no fato de que “**NENHUM PAÍS, INDEPENDENTEMENTE DO GRAU DE RIQUEZA, FOI CAPAZ DE ASSEGURAR QUE TODA A GENTE TENHA ACESSO IMEDIATO A TODAS AS TECNOLOGIAS E INTERVENÇÕES QUE PODEM MELHORAR A SUA SAÚDE OU PROLONGAR A SUA VIDA**” (...). Isso significa que as sociedades devem escolher o que priorizar “em três áreas centrais: a proporção da população a ser coberta, **O LEQUE DE SERVIÇOS A QUE SE DÁ ACESSO**; e a proporção dos custos totais abrangida” (...). (pág. 4)

- Os autores avaliam o impacto de “subsidiar o **SEGURO DE SAÚDE** de base comunitária (mútuo), removendo o copagamento direto e melhorando a oferta dos serviços” (em Ruanda). (pág. 6, nota de rodapé)

- (...) os esquemas da UHC não apenas reduzem os preços no momento do acesso aos serviços de saúde, mas, ao mesmo tempo, encorajam um maior uso ao reduzir as barreiras econômicas, assim aumentando a **QUANTIDADE DE SERVIÇOS CONSUMIDOS**. (pág. 7)

- (...) um esquema de UHC não é um produto homogêneo e **NÃO MELHORA O ACESSO PARA TODOS OS SERVIÇOS DE SAÚDE**; portanto, não podemos esperar mudanças nas variáveis de utilização, acesso e resultados de saúde que não

estão relacionadas aos benefícios oferecidos pelo programa que está sendo avaliado (pág. 8)

WORLD BANK. **Scaling up affordable health insurance: staying the course.** [online]. Washington DC: The World Bank, 2013. Disponível em: <<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13836>>. Acesso em 29 de setembro de 2014.

INTEGRALIDADE

MÍNIMOS SOCIAIS

- A pesquisa para este volume apresenta que, quando adequadamente concebido e associado a subsídios públicos, o **SEGURO DE SAÚDE** pode contribuir para o bem-estar das famílias pobres e de classe média, não apenas dos ricos. E pode contribuir para os objetivos de desenvolvimento, como melhor acesso aos cuidados de saúde, melhor proteção financeira contra custos de doença, e redução da exclusão social. (pág. xxi)

- Ao contrário, acreditam que o financiamento tanto do governo quanto de doadores seria melhor gasto se **CANALIZADO PARA ÁREAS DE DOENÇAS ESPECÍFICAS** para as quais há intervenções conhecidas e com boa relação custo-eficácia. Essa abordagem, defendem, é mais fácil de ser implementada e permite o monitoramento mais direto dos resultados. (pág. xxii)

- *Scaling Up Affordable Health Insurance: Staying the Course* (...) é o quinto volume de uma série de revisões detalhadas do papel do financiamento da saúde na melhoria do acesso a serviços necessários para populações de baixa renda, para sua proteção contra o empobrecimento devido à doença, e em questões importantes de exclusão social em programas financiados pelo governo. O sucesso em melhorar o acesso e proteção social por meio do **SEGURO DE SAÚDE COMUNITÁRIO E PRIVADO** tem levado muitos países a tentarem tornar a filiação compulsória e oferecer seguro subsidiado por meio do setor público. (pág. xxii)

-Nesse contexto de extremo fracasso do setor público, o envolvimento da comunidade

no financiamento dos cuidados de saúde oferece um primeiro passo crítico, apesar de insuficiente, na longa marcha para a melhoria do acesso a serviços de saúde pelos pobres e proteção social contra os custos da doença. (...) Com base em extensiva revisão da literatura, os principais pontos fortes dos esquemas de financiamento comunitário são o grau de penetração alcançado pela participação comunitária, sua contribuição para proteção financeira contra custos de doença e o aumento do acesso a serviços de saúde por trabalhadores rurais e do setor informal de baixa renda. Alguns de seus principais pontos fracos são o baixo nível de receitas que podem ser mobilizadas das comunidades pobres, a frequente exclusão dos miseráveis de participação em tais esquemas sem alguma forma de subsídio, o pequeno tamanho da partilha de risco, a limitada capacidade de gestão nos contextos rurais e de baixa renda, e seu isolamento de benefícios mais abrangentes que estão geralmente disponíveis por meio de mecanismos formais de financiamento da saúde e de redes de prestadores. Muitas dessas observações também se aplicam para o **SEGURO DE SAÚDE VOLUNTÁRIO PRIVADO**. (pág. xxiii)

- Enfatiza-se a necessidade de combinar vários instrumentos para alcançar três principais objetivos de desenvolvimento no financiamento da saúde: (1) acesso sustentável a serviços de saúde necessários; (2) maior proteção financeira contra custos de doença que levam ao empobrecimento; e (3) redução da exclusão social de instrumentos de financiamento da saúde organizados. Esses instrumentos incluem subsídios, seguro, poupança e taxas de utentes (...). Os autores defendem uma abordagem de vários pilares para o financiamento da saúde em países de renda baixa e média, que incluiria um importante componente de **SEGURO DE SAÚDE VOLUNTÁRIO PRIVADO** (programas de base comunitária e de empresa privada). Todos os volumes nesta série recomendam fortemente o pré-pagamento no lugar de pagamentos diretos para serviços de saúde. O uso de seguro foi recomendado para o pagamento de riscos menos frequentes e de alto custo e subsídios para cobrir acessibilidade para pacientes pobres a problemas de saúde mais frequentes de baixo custo. (pág. xxiv)

- Esquemas de seguro de saúde voluntário privado são geralmente estabelecidos por grandes empresas. (...) As populações cobertas são geralmente trabalhadores do setor

formal. **OS BENEFÍCIOS OFERECIDOS SÃO EM GERAL MAIS GENEROSOS COMPARADOS COM OS OFERECIDOS PELOS ESQUEMAS COMUNITÁRIOS E PROGRAMAS DO GOVERNO COM FINANCIAMENTO PÚBLICO.** Enquanto os esquemas de financiamento comunitário tendem a ser não lucrativos, muitos esquemas de seguro de saúde voluntário privado são lucrativos. (pág. xxv)

- Como os recursos escassos são gastos no setor público provavelmente tem tanto ou maior impacto na **DISPONIBILIDADE DE SERVIÇOS** para os pobres quanto à presença ou ausência de seguro de saúde obrigatório privado ou público. Esse é o tópico de cinco outras revisões anteriores (...) (que) enfatizam o importante papel que os mercados e prestadores não governamentais desempenham em melhorar o custo-benefício gasto não apenas pelo setor público, mas também o **LEQUE DE SERVIÇOS DISPONÍVEIS POR MEIO DE MANDATOS SOB PROGRAMAS DE SEGURO DE SAÚDE.** Em todos os casos, sólidas políticas públicas e envolvimento do governo são necessários para garantir um sistema eficiente e equitativo de financiamento da saúde. Mas somente o envolvimento do governo por si só não é suficiente. (págs. xxv – xxvi)

- **OS EDITORES E AUTORES DE *SCALING UP AFFORDABLE HEALTH INSURANCE: STAYING THE COURSE* DEFENDEM VEEMENTEMENTE QUE SE DÊ MAIS ATENÇÃO AO SEGURO DE SAÚDE DO QUE FOI DADO NO PASSADO.** O seguro é um importante instrumento – junto a outros mecanismos de financiamento – para comprar custo-benefício de prestadores públicos e privados, alcançando orçamento sustentável para o acesso a serviços de saúde necessários, proteção financeira contra os custos da doença que levam ao empobrecimento, e a cobertura do seguro de saúde para grupos sociais que são geralmente excluídos do acesso aos serviços de saúde públicos. (pág. xxvi)

IGUALDADE/IGUALITARISMO X EQUIDADE

OMS. **Financiamento dos Sistemas de Saúde: o caminho para a cobertura universal, Relatório Mundial da Saúde.** [online]. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf>. Acesso em: 26 de setembro de 2014.

IGUALDADE/IGUALITARISMO

- Muito claramente, **AS RAZÕES PARA A COBERTURA BAIXA E DESIGUAL** não estão todas no sistema de financiamento, mas nos argumentamos neste relatório que a cobertura poderia ser consideravelmente mais alta se houvesse fundos adicionais, menos dependência dos pagamentos directos para angariar fundos e mais eficiência – assuntos que têm a ver com o financiamento. (pág. 12)
- Dito de outro modo, toda a sociedade tem uma noção de justiça social que coloca um limite em **QUANTA DESIGUALDADE É ACEITÁVEL (71)**. (pág. 15)

EQUIDADE

- A via para a cobertura universal e, portanto, relativamente simples – pelo menos no papel. Os países devem angariar mais dinheiro, reduzir a dependência dos pagamentos directos para financiar serviços, e melhorar a eficiência e **EQUIDADE**. (pág. xiii)
- Muitos países de baixos e médios rendimentos demonstraram ao longo da última década que aproximarem-se da cobertura universal não é uma prerrogativa dos países de rendimentos elevados. Por exemplo, (...) **O CAMBODJA INTRODUZIU UM FUNDO DE EQUIDADE EM SAÚDE QUE COBRE OS CUSTOS DE SAÚDE DOS POBRES** (...). (pág. xiv)
- Em terceiro lugar, os fundos comuns que protegem as necessidades de saúde de pequenos grupos de pessoas não são viáveis a longo prazo. Uns poucos episódios de doença mais caros podem levar ao seu colapso. Múltiplos fundos, cada um com a sua administração e sistemas de informação, são também ineficientes e **TORNAM DIFÍCIL A META DA EQUIDADE**. Normalmente, um dos fundos providenciará elevados benefícios a pessoas relativamente saudáveis, que não quererão subsidiar os

custos dos mais pobres e menos saudáveis. (pág. xviii)

- São também responsáveis por assegurar que todos podem obter os serviços de que necessitam e que estão protegidos do risco financeiro associado ao seu uso. Isto pode entrar em conflito com a procura da eficiência, **POIS OS MODOS MAIS EFICIENTES DE UTILIZAR RECURSOS NEM SEMPRE SÃO OS MAIS EQUITATIVOS**. Por exemplo, é habitualmente mais eficiente localizar serviços em zonas populosas, mas atingir os pobres rurais requer a localização de serviços próximos deles. (pág. xxi)

- O sector saúde pode ser um pioneiro na melhoria da **EFICIÊNCIA E EQUIDADE**. (pág. xxii)

- É possível passarmos dos pagamentos directos aos pré-pagamentos e fundos comuns (ou assegurar que os esforços para conter o crescimento da despesa não agravem, de facto, a dependência dos pagamentos directos) e sermos **MAIS EFICIENTES E EQUITATIVOS** na utilização dos recursos. (pág. xxv)

- Os próximos três capítulos delineiam modos práticos de: (...) melhorar a eficiência e **EQUIDADE** do modo como os fundos são utilizados, assegurando efectivamente que os fundos disponíveis são ainda mais intensamente usados para alcançar o objectivo da cobertura universal. (pág. 15)

- Mas existe margem em todos os países para estender a protecção contra o risco financeiro e o acesso a serviços de saúde de **UM MODO MAIS EQUITATIVO**. (pág. 21)

- Os fundos com pré-pagamentos obrigatórios devem, idealmente, ser combinados num único fundo comum, em vez de mantidos separados. Ao reduzir a fragmentação, aumenta-se o potencial de protecção financeira dos fundos pré-pagos o que, por sua vez, permite a prossecução de maior **EQUIDADE**. (pág. 42)

OMS. 64.^a Asamblea Mundial de la Salud. WHA64.9. Estructuras de financiación sostenible de la salud. [online]. 2011. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64-REC1/A64_REC1-sp.pdf>. Acesso em 26 de setembro de 2014.

IGUALDADE/IGUALITARISMO

EQUIDADE

- Reconociendo que unos sistemas de salud eficaces que presten servicios integrales de salud, incluidos servicios preventivos, son de importancia capital para la salud, el desarrollo económico y el bienestar, y que esos sistemas deben basarse en una **FINANCIACIÓN EQUITATIVA** y sostenible, como se indica en la «Carta de Tallin: sistemas sanitarios para la salud y la riqueza» (2008);
- (INSTA a los Estados Miembros) a que procuren alcanzar la cobertura y el acceso universales y asequibles para todos los ciudadanos sobre una base de equidad y solidaridad, con el fin de proporcionar una gama adecuada de atención y servicios de salud, cuyos costos estén cubiertos en grado suficiente, y servicios preventivos integrales y asequibles, mediante el **FORTALECIMIENTO DE UNA PRESUPUESTACIÓN EQUITATIVA Y SOSTENIBLE** de los recursos financieros; (1.2)
- (INSTA a los Estados Miembros) a que, según proceda, sigan invirtiendo y fortaleciendo los sistemas de prestación de servicios de salud, y en particular la atención y los servicios primarios de salud, y los suficientes recursos humanos para la salud y los sistemas de información sanitaria, con miras a garantizar que todos los ciudadanos tengan un **ACCESO EQUITATIVO A LA ATENCIÓN Y LOS SERVICIOS DE SALUD**; (1.3)
- (PIDE a la Directora General) que presente un informe sobre las medidas adoptadas y los progresos hechos en la aplicación de la resolución WHA58.33, especialmente en lo relativo a la **FINANCIACIÓN EQUITATIVA Y SOSTENIBLE** y la protección social de la salud en los Estados Miembros; (2.2)
- (PIDE a la Directora General) que, a petición de los Estados Miembros, proporcione apoyo técnico para fortalecer la capacidad y la experiencia en la mejora de los sistemas de financiación de la salud, en particular **PLANES EQUITATIVOS** de pago anticipado, con miras a alcanzar la cobertura universal mediante la prestación de una atención y unos servicios de salud integrales para todos, incluido el fortalecimiento de

la capacidad de seguimiento de los flujos de gastos en salud mediante la aplicación de marcos de contabilidad normalizados; (2.6)

OPAS/OMS. **Resolução CD52.R11. Proteção Social em Saúde.** [online]. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, 2013. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8833&Itemid=40033&lang=pt>. Acesso em: 26 de setembro de 2014.

IGUALDADE/IGUALITARISMO

- Cientes do marco da Rede Interamericana de Proteção Social (RIPSO), acordado pelas lideranças e chefes de estado na 5ª Cúpula das Américas para aliviar a pobreza e **REDUZIR AS DESIGUALDADES** por meio do compartilhamento de melhores práticas em proteção social e da facilitação da cooperação em assistência técnica, e do Grupo de Trabalho Conjunto das Cúpulas, do qual a OPAS é membro, e o qual apoia a implementação da RIPSO; bem como da iniciativa das Nações Unidas sobre o piso de proteção social, adotada em 2009 pelo Conselho Diretor Executivo do Sistema das Nações Unidas, e a Recomendação 202 sobre os pisos de proteção social, adotada pela Organização Internacional do Trabalho em 2012;

EQUIDADE

- Reconhecendo que os países da Região tenham conseguido importantes avanços nos processos de reforma de seus sistemas de saúde (apesar da persistência de importantes desafios, como a continuidade da melhoria da qualidade dos serviços de saúde para todos) e em enfrentar a **SEGMENTAÇÃO E A FRAGMENTAÇÃO QUE PROVOCAM INEQUIDADES**;

- Consciente da necessidade de dar continuidade à formulação de políticas e programas focados na construção de **SISTEMAS DE SAÚDE MAIS INTEGRADOS, EQUITATIVOS E SOLIDÁRIOS** que apoiem o direito a gozar do mais elevado nível de saúde possível;

- Considerando que, do ponto de vista estratégico, a proteção social em saúde é executada por meio da atenção primária à saúde, com base nos seus três valores

fundamentais—a **EQUIDADE**, a solidariedade e o direito a gozar do mais elevado nível de saúde possível—e de acordo com seus princípios,

- (Instar aos Estados Membros, conforme apropriado às suas realidades particulares, a) instituir marcos jurídicos, conforme apropriado, que definam as medidas relacionadas com a proteção social em saúde, no marco do direito ao gozo do nível máximo de saúde que se possa alcançar, da solidariedade e da **EQUIDADE**, como elementos para reduzir a pobreza na Região; (2. c)

OMS. 66.^a Asamblea Mundial de la Salud. [A/66/24](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_24-sp.pdf). Cobertura sanitária universal: informe de la Secretaría. Ginebra: Naciones Unidas. [online]. 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_24-sp.pdf>. Acesso em: 26 de setembro de 2014.

IGUALDADE/IGUALITARISMO

EQUIDADE

- Por consiguiente, contribuye a la reducción de la pobreza y es, por definición, **UNA MANIFESTACIÓN PRÁCTICA DE LA PREOCUPACIÓN POR LA EQUIDAD SANITARIA Y EL DERECHO A LA SALUD**. (10)

- La resolución WHA64.9 se basó en la resolución WHA58.33 de 2005, y en ella se solicitó también un informe sobre los progresos realizados en la consecución de la cobertura sanitaria universal, **PARTICULARMENTE CON RESPECTO A LA FINANCIACIÓN EQUITATIVA Y SOSTENIBLE DE LA SALUD Y A LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LA SALUD EN LOS ESTADOS MIEMBROS**. (11)

-**LA PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN MUNDIAL QUE VIVE EN LA POBREZA TAMBIÉN HA DISMINUIDO, AUNQUE HA HABIDO INDICIOS DE QUE, PARADÓJICAMENTE, LAS DESIGUALDADES CON RESPECTO A LOS INGRESOS HAN AUMENTADO DURANTE EL MISMO PERIODO EN MUCHOS PAÍSES**. Las mejoras en esas áreas, así como de otros determinantes sociales, facilitan la recaudación de fondos para la salud, aumentan la gama, calidad y cobertura de los servicios de salud necesarios, y se traducen en una mejora de la salud.

(14)

- Se calcula que en el mundo hay 1000 millones de pobres que todavía no reciben los servicios de salud que necesitan. (...) **EN LOS PAÍSES SIGUE HABIENDO DESIGUALDADES CONSIDERABLES CON RESPECTO A LA COBERTURA POR LOS SERVICIOS DE SALUD Y A LOS NIVELES DE PROTECCIÓN CONTRA LOS RIESGOS FINANCIEROS.** (15)

- Otras áreas de apoyo técnico abarcan la recaudación de fondos adicionales para la salud cuando sea necesario, a fin de reducir los gastos directos y repartir el riesgo financiero mediante sistemas de prepago y mancomunación de recursos, y **UN USO MÁS EFICIENTE Y EQUITATIVO DE LOS FONDOS.** (23)

ONU. [A/67/L.36](#). **Salud mundial y política exterior** [online]. Ginebra: Naciones Unidas, 2012. Disponible em: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/67/L.36&referer=http://www.un.org/en/ga/info/draft/index.shtml&Lang=S>. Acesso em: 26 de setembro de 2014.

IGUALDADE/IGUALITARISMO

- Reafirmando el **DERECHO DE TODA PERSONA** al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social; y el **DERECHO DE TODA PERSONA** a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, así como el derecho a la seguridad en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad,

- Reconoce que la gobernanza en pro de la cobertura universal de salud se sustenta en procesos de toma de decisiones transparentes, inclusivos y equitativos, que permiten **A TODOS** los interesados aportar sus opiniones y la formulación de políticas efectivas que logren para todos resultados claros y mensurables, fomenten la rendición de cuentas y, lo que es fundamental, sean justas en lo referente a los procesos y resultados relativos a la formulación de políticas;

EQUIDADE

- Invita a los Estados Miembros a que reconozcan los vínculos entre la promoción de la cobertura universal de salud y otras cuestiones de política exterior, como la dimensión social de la globalización, la cohesión y la estabilidad, **EL CRECIMIENTO INCLUSIVO Y EQUITATIVO** y el desarrollo sostenible y la sostenibilidad de los mecanismos nacionales de financiación, y la importancia de la cobertura universal de salud en los sistemas nacionales de salud, especialmente mediante mecanismos de atención primaria de la salud y protección social, incluidos los niveles mínimos de protección social determinados a nivel nacional; (3)
- Invita también a los Estados Miembros a que adopten un enfoque multisectorial y actúen sobre los determinantes de la salud dentro de sectores, incluso, cuando corresponda, mediante la incorporación de la salud en todas las políticas, al tiempo que toman en consideración los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud, **CON MIRAS A REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN MATERIA DE SALUD** y posibilitar el desarrollo sostenible, y destaca la necesidad urgente de actuar en relación con los determinantes sociales para dar el último impulso a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio; (4)
- Reconoce que aunque algunos países han alcanzado importantes logros, todos los países pueden seguir mejorando sus políticas de financiación de la atención a la salud para perfeccionar y mantener sistemas de salud más eficientes, **EQUITATIVOS**, inclusivos y de alta calidad para sus poblaciones, y que en muchos países deben seguir creándose sistemas de financiación de atención a la salud a fin de proporcionar acceso a los servicios necesarios al tiempo que se brinda protección contra los riesgos financieros; (6)
- Reconoce que la gobernanza en pro de la cobertura universal de salud se sustenta en **PROCESOS DE TOMA DE DECISIONES TRANSPARENTES, INCLUSIVOS Y EQUITATIVOS**, que permiten a todos los interesados aportar sus opiniones y la formulación de políticas efectivas que logren para todos resultados claros y mensurables, fomenten la rendición de cuentas y, lo que es fundamental, **SEAN JUSTAS EN LO REFERENTE A LOS PROCESOS Y RESULTADOS**

RELATIVOS A LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS; (13)

- Reconoce que es esencial tomar en consideración las necesidades de los segmentos vulnerables de la sociedad, incluidos los segmentos más pobres y marginados de la población, los pueblos indígenas y las personas con discapacidades, **DE CONFORMIDAD CON EL PRINCIPIO DE LA INCLUSIÓN SOCIAL**, con miras a aumentar su capacidad de hacer efectivo su derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; (14)

- Insta a los gobiernos, a las organizaciones de la sociedad civil y a las organizaciones internacionales a que promuevan la inclusión de la cobertura universal de salud como elemento importante del programa internacional de desarrollo y en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio, como medio de **PROMOVER UN CRECIMIENTO SOSTENIDO, INCLUSIVO Y EQUITATIVO, COHESIÓN SOCIAL Y BIENESTAR DE LA POBLACIÓN**, y alcanzar otros hitos en materia de desarrollo social, como educación, ingresos laborales y seguridad financiera de los hogares; (15)

- Reconoce que la mejora de la protección social en pro de la cobertura universal es una inversión en las personas que las empodera para ajustarse a los cambios en la economía y en el mercado de trabajo y contribuye a apoyar una transición a una **ECONOMÍA MÁS SOSTENIBLE, INCLUSIVA Y EQUITATIVA**; (18)

ONU. [A/68/L.98](http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/68/98). **Salud mundial y política exterior** [online]. Ginebra: Naciones Unidas, 2013. Disponible en: <<http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/68/98>>. Acceso en: 26 de setiembre de 2014.

IGUALDADE/IGUALITARISMO

EQUIDADE

- Reconociendo también que la salud es un requisito previo a la vez que un resultado y un indicador de las tres dimensiones del desarrollo sostenible y que, a pesar de los progresos realizados, los problemas relativos a la salud mundial, incluidas las

principales **DESIGUALDADES Y VULNERABILIDADES** dentro de los países, regiones y poblaciones y entre ellos, siguen existiendo y requieren una atención constante,

- Reconociendo también que la **PROMOCIÓN DE LA EQUIDAD EN MATERIA DE SALUDES ESENCIAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE Y UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA Y BIENESTAR PARA TODOS, LO CUAL, A SU VEZ, PUEDE CONTRIBUIR A LA PAZ Y LA SEGURIDAD, Y QUE LA EQUIDAD EN MATERIA DE SALUD ES UN OBJETIVO Y UNA RESPONSABILIDAD COMÚN Y REQUIERE LA COLABORACIÓN DE TODOS** los sectores gubernamentales, todos los sectores de la sociedad y todos los miembros de la comunidad internacional,

- Reconociendo además el vínculo entre el avance hacia la cobertura sanitaria universal y otras muchas cuestiones de política exterior, como la dimensión social de la globalización, la cohesión y la estabilidad, **UN CRECIMIENTO INCLUSIVO Y EQUITATIVO** y el desarrollo sostenible y la sostenibilidad de los mecanismos nacionales de financiación en este sentido,

- Alienta a los Estados Miembros a que refuercen y mejoren la calidad de los sistemas de salud, lo que requiere mejorar, entre otros aspectos, la financiación de la salud, las aptitudes del personal sanitario, el acceso a los medicamentos y vacunas, incluidas la adquisición, la distribución y la disponibilidad, la infraestructura, los sistemas de información, la prestación de servicios y la voluntad política de los dirigentes y en la gobernanza, **Y PROMUEVAN LA EQUIDAD**, y alienta también a las asociaciones para la salud mundial a que intensifiquen su apoyo a los Estados Miembros en este sentido; (13)

- Solicita al Secretario General que, (...) un informe sobre las asociaciones para la salud mundial que evalúe y trate la gobernanza en materia de salud mundial y los vínculos entre la salud y todos los determinantes, como los sociales, económicos y ambientales, y presente recomendaciones para la adopción de medidas por las partes interesadas pertinentes con el fin de lograr una mejora de la gobernanza en materia de salud mundial, teniendo en cuenta, en particular, los derechos humanos, la buena gobernanza, el respeto mutuo, la **EQUIDAD**, la sostenibilidad, la solidaridad, la

responsabilidad compartida de la comunidad internacional y un enfoque centrado en las personas. (19)

OIT. **Piso de Proteção Social para uma Globalização Equitativa e Inclusiva** [online]. Genebra, Organização Internacional do Trabalho, 2011. Disponível em: <http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/pub_relatabchelet.pdf>. Acesso em 26 de setembro de 2014.

IGUALDADE/IGUALITARISMO

- A Comissão afirmou ser crucial um compromisso global para abordar eficazmente as **CRESCENTES DESIGUALDADES E A INSEGURIDADE HUMANA**, como condição fundamental para conferir legitimidade à globalização. (pág. xi)

EQUIDADE

- Esperamos que este relatório estimule e inspire a concepção e implementação de políticas de proteção social, fundadas em pisos sociais, como parte de abordagens coerentes e equilibradas para melhorar as vidas dos cidadãos e contribuir para uma **GLOBALIZAÇÃO MAIS EQUITATIVA E INCLUSIVA**. (pág. ix)

- O relatório demonstra que a extensão da proteção social pode desempenhar um papel fundamental na redução da pobreza e a exclusão social, contribuindo para o cumprimento das promessas da Declaração Universal de Direitos Humanos. Argumenta-se que a ampliação da cobertura dos sistemas de proteção social, baseada em pisos básicos, é um dos elementos necessários para uma **GLOBALIZAÇÃO MAIS EQUITATIVA E INCLUSIVA**. (pág. xxiv)

- Um número significativo de países tem integrado os principais componentes e os aspectos práticos do Piso aos seus sistemas de proteção social. **NOS PAÍSES DE BAIXA E MÉDIA RENDA, HÁ FORTES INDÍCIOS DE QUE O ACESSO AOS PROGRAMAS DE SEGURIDADE SOCIAL SE ENCONTRA INTIMAMENTE LIGADO À REDUÇÃO DA POBREZA E DA DESIGUALDADE SOCIAL**. Estudos revelam que programas de transferências monetárias, mesmo que modestas, destinados a pessoas idosas e crianças podem potencialmente diminuir de forma

significativa a intensidade da pobreza. (pág. xxvi)

- A EFICÁCIA DESTE TIPO DE MEDIDA DE REDUÇÃO DA POBREZA, DIMINUIÇÃO DAS DESIGUALDADES E APOIO AO CRESCIMENTO ECONÔMICO EQUITATIVO É RECONHECIDA NOS PAÍSES DESENVOLVIDOS. (pág. xxvi)

- Embora adotado como um conceito global, é de responsabilidade de cada país conceber e implementar pisos sociais em função das estruturas institucionais, limitações econômicas, dinâmicas políticas e aspirações sociais específicas. Em outras palavras, não há uma única solução. **EM ALGUNS PAÍSES, A ABORDAGEM DO PISO DE PROTEÇÃO SOCIAL PODE SER UTILIZADA PARA MELHORAR NÍVEIS DE PROTEÇÃO MAIS FRACOS, ATENUAR OU ELIMINAR DEFICIÊNCIAS DE COBERTURA E AUMENTAR A COERÊNCIA ENTRE AS POLÍTICAS SOCIAIS;** em outros pode servir como instrumento para alargar a cobertura na dimensão horizontal, como um primeiro passo para a construção de sistemas de proteção social mais abrangentes. (págs. xxxi – xxxii)

- Ações nacionais e internacionais fortes são necessárias para uma **REDISTRIBUIÇÃO DE RENDA E PARTILHA DOS BENEFÍCIOS DO CRESCIMENTO.** O apelo da Comissão Mundial para um « piso socioeconômico », que evoluiu para a expressão « Piso de Proteção Social », continua mais pertinente e urgente do que nunca. (pág. 2)

- A PROTEÇÃO SOCIAL E A DISTRIBUIÇÃO DE RENDA NÃO SÃO APENAS PILARES DA JUSTIÇA E DA PAZ SOCIAL, mas também constituem o que Joseph Stiglitz denominou estabilizadores automáticos fundamentais (Stiglitz, 2009), que amortecem o impacto de crises nas populações, mantendo a demanda agregada e permitindo a trabalhadores e suas famílias superar a pobreza e a exclusão social, bem como encontrar trabalho decente. A longo prazo, tal como sugerido por um recente estudo do FMI, **A REDUÇÃO DA DESIGUALDADE E O CRESCIMENTO SUSTENTÁVEL SÃO DUAS FACES DA MESMA MOEDA.** Os países que possuem uma distribuição de renda mais justa são mais susceptíveis de aumentar a capacidade de recuperação de choques e a duração dos períodos de crescimento econômico (Berg and Ostry, 2010). (pág. 2)

- Embora a globalização tenha sido uma fonte de oportunidades para aqueles em condições de aproveitá-las, também deixou muitos outros indivíduos desprotegidos diante das volatilidades econômicas e dos novos desafios e transformações mundiais que têm profundas repercussões a nível nacional e local. **A PROTEÇÃO SOCIAL DESEMPENHA UM PAPEL DETERMINANTE JUNTO ÀS POPULAÇÕES, REDUZINDO AS SUAS VULNERABILIDADES, BEM COMO CONTRIBUINDO PARA ADAPTAR SUAS COMPETÊNCIAS PARA SUPERAR LIMITAÇÕES QUE BLOQUEIEM A PARTICIPAÇÃO PLENA NUM AMBIENTE ECONÔMICO E SOCIAL EM TRANSFORMAÇÃO.** Os consequentes aumentos na capacidade produtiva libertam um potencial inexplorado, contribuindo para a melhorar o desempenho macroeconômico. A proteção social constitui um investimento vantajoso para todos e deve ser concebida como um instrumento-chave que atue em sinergia com a política econômica para garantir o desenvolvimento justo e socialmente sustentável (Mkandawire, 2007a). (págs. 2-3)
- A abordagem do Piso de Proteção Social representa uma intervenção por meio de conjunto flexível de políticas sociais articuladas de forma coerente e consistente e que podem contribuir para **REVERTER ESTA EXCLUSÃO E PROMOVER A DIGNIDADE HUMANA.** A implementação de pisos sociais pode contribuir significativamente para a coesão, a paz e a estabilidade social que, por sua vez, ajudam a minimizar tensões sociais. (pág. 6)

OIT. **RECOMENDAÇÃO R202. RECOMENDAÇÃO SOBRE OS PISOS DE PROTEÇÃO SOCIAL** [online]. Genebra, Organização Internacional do Trabalho, 2012. Disponível em: <http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:3065524,es>. Acesso em 26 de setembro de 2014.

IGUALDADE/IGUALITARISMO

- Reconociendo que la seguridad social es una herramienta importante para prevenir y reducir la pobreza, la desigualdad, la exclusión social y la inseguridad social, **PARA**

PROMOVER LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, LA IGUALDAD DE GÉNERO Y LA IGUALDAD RACIAL y para apoyar la transición del empleo informal al empleo formal;

- Considerando que la priorización de políticas destinadas a promover un crecimiento sostenible a largo plazo, asociadas a la inclusión social, contribuye a superar la pobreza extrema y a **REDUCIR LAS DESIGUALDADES** y diferencias sociales dentro de las regiones y entre ellas;

- Reconociendo la responsabilidad general y principal del Estado de poner en práctica la presente Recomendación, los Miembros deberían aplicar los siguientes principios: (...) d) no discriminación, **IGUALDAD DE GÉNERO** y capacidad de responder a las necesidades especiales; (3)

EQUIDADE

- Recordando que la **DECLARACIÓN DE LA OIT SOBRE LA JUSTICIA SOCIAL PARA UNA GLOBALIZACIÓN EQUITATIVA** reconoce que «los compromisos y esfuerzos de los Miembros y de la Organización para poner en práctica el mandato constitucional de la OIT, en particular mediante las normas internacionales del trabajo, y para situar el empleo pleno y productivo y el trabajo decente como elemento central de las políticas económicas y sociales, deberían basarse en [el objetivo de] ii) adoptar y ampliar medidas de protección social [...] que sean sostenibles y estén adaptadas a las circunstancias nacionales, con inclusión de la ampliación de la seguridad social a todas las personas»;

- Reconociendo la responsabilidad general y principal del Estado de poner en práctica la presente Recomendación, los Miembros deberían aplicar los siguientes principios: (...) k) sostenibilidad financiera, fiscal y económica, teniendo **DEBIDAMENTE EN CUENTA LA JUSTICIA SOCIAL Y LA EQUIDAD**; (3)

WORLD BANK. UNICO Studies Series 25. **The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence** [online]. Washington DC: The World Bank, 2013. Disponible en: <<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Imag>

[es/IMPACTofUHCschemesinDevelopingCountries-AReviewofExistingEvidence.pdf](https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13836)>.

Acesso em: 26 de setembro de 2014.

IGUALDADE/IGUALITARISMO

EQUIDADE

- O movimento da UHC, em princípio, não prefere um mecanismo de arrecadação de impostos a outro, desde que ambos angariem recursos suficientes e as contribuições das pessoas sejam **ACESSÍVEIS E JUSTAS**. (pág. 3)
- Entretanto, a OMS indica que quanto maior e mais integrada for a partilha de risco melhor, pois fundos comuns maiores são provavelmente mais financeiramente viáveis a longo prazo, e fundos integrados são geralmente mais eficientes (...), facilitando o **ALCANCE DA EQUIDADE**. (págs. 4)

WORLD BANK. **Scaling up affordable health insurance: staying the course**. [online]. Washington DC: The World Bank, 2013. Disponível em: <<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13836>>. Acesso em 29 de setembro de 2014.

IGUALDADE/IGUALITARISMO

EQUIDADE

- A pesquisa para este volume apresenta que, quando adequadamente concebido e associado a subsídios públicos, o seguro de saúde pode contribuir para o bem-estar das famílias pobres e de classe média, não apenas dos ricos. E pode contribuir para os objetivos de desenvolvimento, como melhor acesso aos cuidados de saúde, melhor proteção financeira contra custos de doença, e **REDUÇÃO DA EXCLUSÃO SOCIAL**. (pág. xxi)
- Oponentes difamam o seguro de saúde como um mal a ser evitado a todo custo. Para eles, o seguro de saúde leva a um consumo excessivo de serviços, escalada dos custos – especialmente custos administrativos – fraude e abuso, desvio de recursos escassos dos

pobres, seletivo, seleção adversa, risco moral, e um **SISTEMA DE SAÚDE INJUSTO**. (pág. xxi)

- *Scaling Up Affordable Health Insurance: Staying the Course (...)* é o quinto volume de uma série de revisões detalhadas do papel do financiamento da saúde na melhoria do acesso a serviços necessários para populações de baixa renda, para sua proteção contra o empobrecimento devido à doença, e em questões importantes de **EXCLUSÃO SOCIAL** em programas financiados pelo governo. O sucesso em melhorar o acesso e proteção social por meio do seguro de saúde comunitário e privado tem levado muitos países a tentarem tornar a filiação compulsória e oferecer seguro subsidiado por meio do setor público. (pág. xxii)

- Enfatiza-se a necessidade de combinar vários instrumentos para alcançar três principais objetivos de desenvolvimento no financiamento da saúde: (1) acesso sustentável a serviços de saúde necessários; (2) maior proteção financeira contra custos de doença que levam ao empobrecimento; e (3) **REDUÇÃO DA EXCLUSÃO SOCIAL** de instrumentos de financiamento da saúde organizados. (pág. xxiv)

- Como recursos escassos são gastos no setor público provavelmente tem tanto ou maior impacto na disponibilidade de serviços para os pobres quanto à presença ou ausência de seguro de saúde obrigatório privado ou público. Esse é o tópico de cinco outras revisões anteriores (...) (que) enfatizam o importante papel que os mercados e prestadores não governamentais desempenham em melhorar o custo-benefício gasto não apenas pelo setor público, mas também o leque de serviços disponíveis por meio de mandatos sob programas de seguro de saúde. Em todos os casos, sólidas políticas públicas e envolvimento do governo são necessários para **GARANTIR UM SISTEMA EFICIENTE E EQUITATIVO DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE**. Mas somente o envolvimento do governo por si só não é suficiente. (págs. xxv – xxvi)

FINANCIAMENTO

OMS. **Financiamento dos Sistemas de Saúde: o caminho para a cobertura universal, Relatório Mundial da Saúde.** [online]. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf>. Acesso em: 26 de setembro de 2014.

FINANCIAMENTO

- Os países devem **ANGARIAR MAIS DINHEIRO, REDUZIR A DEPENDÊNCIA DOS PAGAMENTOS DIRECTOS PARA FINANCIAR SERVIÇOS, E MELHORAR A EFICIÊNCIA E EQUIDADE.** (pág. xiii)

- O Gabão introduziu modos inovadores de angariar fundos para a saúde, incluindo uma **TAXA SOBRE O USO DE TELEMÓVEIS**; o Camboja introduziu um **FUNDO DE EQUIDADE EM SAÚDE QUE COBRE OS CUSTOS DE SAÚDE DOS POBRES**, e o Líbano melhorou a eficiência e qualidade da sua rede de cuidados primários. (pág. xiv)

- A Alemanha, por exemplo, reconheceu que o envelhecimento da sua população significa que a proporção de titulares de salários e rendimentos declinou na população total, tornando mais difícil financiar o seu sistema de seguro social de saúde a partir das fontes tradicionais de contribuições para os seguros baseadas nos rendimentos. **EM CONSEQUÊNCIA, O GOVERNO TEVE DE INJECTAR NO SISTEMA FUNDOS ADICIONAIS PROVENIENTES DAS RECEITAS GERAIS DO ESTADO.** (pág. xiv)

- Para que isso aconteça, é importante conhecer o custo provável. **ESTIMATIVAS RECENTES DO DINHEIRO NECESSÁRIO PARA ATINGIR OS OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO (ODM) RELACIONADOS COM A SAÚDE** e assegurar acesso a intervenções críticas, incluindo para doenças não-transmissíveis em 49 países de baixo rendimento, **SUGEREM QUE, EM MÉDIA (NÃO – PONDERADA) ESSES PAÍSES PRECISARÃO DE GASTAR UM POUCO MAIS DE 60 US\$ PER CAPITA EM 2015**, consideravelmente mais do que os 32 US\$ que actualmente gastam. Este número

inclui, até 2015, os custos de expandir os sistemas de saúde para que eles possam prestar a combinação específica de intervenções necessárias. (pág. xiv)

- Todos os países dispõem internamente de margem para angariar mais dinheiro para a saúde, desde que os governos e a população se comprometam a isso. Há, em termos gerais, três modos de o fazer, além de uma quarta opção de aumentar a ajuda ao desenvolvimento e conseguir que esta funcione melhor para a saúde. 1. **AUMENTAR A EFICIÊNCIA DA COLECTA DA RECEITA FISCAL. (...) 2. REDEFINIR AS PRIORIDADES DOS ORÇAMENTOS GOVERNAMENTAIS. (...) 3. FINANCIAMENTO INOVADOR. (...)** O Grupo de Missão de alto nível para o Financiamento Internacional Inovador para Sistemas de Saúde incluiu o aumento das taxas nos bilhetes de avião, transacções financeiras internacionais e tabaco na sua lista de formas de angariar anualmente 10 mil milhões de US\$ adicionais para a saúde global. (...) 4. **AJUDA AO DESENVOLVIMENTO PARA A SAÚDE. (...)** (págs. xiv– xvi)

- Quase todos os países impõem alguma forma de **PAGAMENTO DIRECTO, POR VEZES CHAMADO CO-PAGAMENTO**, embora a proporção da despesa total que é financiada deste modo seja maior quanto mais pobre e o país. (págs. xvi – xvii)

- O único caminho para reduzir a dependência dos pagamentos directos é o **ENCORAJAMENTO PELOS GOVERNOS DE ABORDAGENS DE PARTILHA DE RISCO E PRÉ-PAGAMENTO**, seguida pela maioria dos países que mais se aproximaram da cobertura universal. Quando a população tem acesso a mecanismos de pré-pagamento e distribuição de risco, o objectivo da cobertura universal torna-se mais realista. **ESTES MECANISMOS BASEIAM-SE EM PAGAMENTOS INDEPENDENTES DO ESTADO DE SAÚDE DO PAGADOR, DISTRIBUÍDOS AO LONGO DA VIDA E USADOS PARA FINANCIAR SERVIÇOS DE SAÚDE** - tratamento e reabilitação para os doentes e diminuídos, e prevenção e promoção - para todos os que estão cobertos. (pág. xvii)

- A incidência da catástrofe financeira e do empobrecimento subsequente só cai para níveis negligenciáveis quando os pagamentos directos descem para 15-20% ou menos das despesas totais em saúde. É uma meta difícil, que pode ser ambicionada por países ricos, mas outros países podem definir objectivos de curto prazo mais modestos. Por

exemplo, os países das Regiões da OMS do Sudeste Asiático e do Pacífico Ocidental propuseram-se recentemente uma meta entre os 30 e 40%. **OS FUNDOS VÊM DE UMA VARIEDADE DE FONTES – IMPOSTOS SOBRE RENDIMENTOS E SALÁRIOS, IMPOSTOS DE VALOR ADICIONADO (IVA) OU IMPOSTOS ESPECIAIS SOBRE O CONSUMO DE TABACO E ÁLCOOL, E/OU PRÊMIOS DE SEGUROS.** O tipo de fonte tem menos interesse do que as políticas desenvolvidas para gerir os sistemas de pré-pagamento. **DEVEM AS CONTRIBUIÇÕES SER OBRIGATÓRIAS? QUEM DEVE PAGAR, QUANTO E QUANDO? O QUE ACONTECE COM AS PESSOAS QUE NÃO PODEM CONTRIBUIR FINANCEIRAMENTE?** Também tem de ser tomadas decisões quanto à agregação desses fundos em fundos comuns. **DEVEM OS FUNDOS SER MANTIDOS COMO PARTE DAS RECEITAS CONSOLIDADAS DOS GOVERNOS, OU NUM OU MAIS FUNDOS DE SEGUROS DE SAÚDE, SEJAM ELES SOCIAIS, PRIVADOS, COMUNITÁRIOS OU MICRO FUNDOS?** (pág. xvii)

- Em primeiro lugar, em qualquer país há sempre uma parte da população que é demasiado pobre para contribuir através de impostos ou prêmios de seguros. Eles terão de ser subsidiados pelos fundos comuns, geralmente através de receitas governamentais. **ESTA ASSISTÊNCIA PODE TOMAR A FORMA DE ACESSO DIRECTO A SERVIÇOS FINANCIADOS PELO GOVERNO OU ATRAVÉS DE SUBSÍDIOS AOS SEUS PRÊMIOS DE SEGURO.** Os países em que toda a população tem acesso a uma gama de serviços têm geralmente elevados níveis de fundos comuns– na ordem dos 5-6% do produto doméstico bruto (PIB). (pág. xvii)

- Em segundo lugar, **AS CONTRIBUIÇÕES TÊM QUE SER OBRIGATÓRIAS,** caso contrário os ricos e saudáveis poderiam optar por se excluírem de contribuir para o fundo comum o que tornaria o financiamento insuficiente para cobrir as necessidades dos pobres e doentes. Enquanto que os sistemas de seguro voluntário podem angariar alguns fundos na ausência de pré-pagamento e fundos comuns generalizados, e também ajudar a familiarizar as pessoas com os benefícios do seguro, eles têm capacidade limitada para cobrir o leque de serviços para os que são demasiado pobres para pagar os prêmios. **A DEFINIÇÃO DE PLANOS A LONGO PRAZO PARA EXPANDIR O PRÉ-PAGAMENTO E INCORPORAR OS PLANOS DE SEGUROS**

COMUNITÁRIOS E MICRO-SEGURO NUM FUNDO COMUM E IMPORTANTE PARA GARANTIR A SUA SUSTENTABILIDADE. (págs. xvii - xviii)

- Em terceiro lugar, **OS FUNDOS COMUNS QUE PROTEGEM AS NECESSIDADES DE SAÚDE DE PEQUENOS GRUPOS DE PESSOAS NÃO SÃO VIÁVEIS A LONGO PRAZO.** Uns poucos episódios de doença mais caros podem levar ao seu colapso. Múltiplos fundos, cada um com a sua administração e sistemas de informação, são também ineficientes e tornam difícil a meta da equidade. Normalmente, um dos fundos providenciara elevados benefícios a pessoas relativamente saudáveis, que não quererão subsidiar os custos dos mais pobres e menos saudáveis. (pág. xviii)

- **TRANSFERÊNCIAS CONDICIONAIS DE DINHEIRO**, através das quais as pessoas recebem dinheiros e cumprirem certas obrigações relacionadas com a melhoria da sua saúde (normalmente ligadas a prevenção) resultaram no aumento da utilização de serviços em alguns casos. Outras opções incluem **VOUCHERS E REMBOLSOS** para os custos de transporte, e **PLANOS DE MICRO- CRÉDITO** que permitem aos membros de agregados pobres (frequentemente mulheres) a possibilidade de ganhar dinheiro, que pode ser usado de vários modos, incluindo a procura ou obtenção de serviços de saúde. (pág. xix)

- Os incentivos para melhorar a eficiência podem ser incluídos nos modos como se pagam os prestadores de serviços. **O PAGAMENTO POR SERVIÇO ENCORAJA EXCESSO DE SERVIÇOS PARA OS QUE PODEM PERMITIR-SE PAGAR OU CUJOS CUSTOS SÃO COBERTOS POR FUNDOS COMUNS (E.G. IMPOSTOS E SEGUROS)**, e serviços insuficientes para os que não podem pagar. (pág. xx)

- Noutros contextos, os pagamentos por serviço foram substituídos pela capitação no nível de cuidados primários, ou por alguma forma de pagamento por caso, como os grupos de diagnósticos homogêneos nos hospitais. **A CAPITAÇÃO ENVOLVE O PAGAMENTO DE UM VALOR FIXO POR PESSOA INSCRITA COM UM PRESTADOR OU INSTITUIÇÃO PARA UM DETERMINADO PERÍODO DE TEMPO, INDEPENDENTEMENTE DOS SERVIÇOS PRESTADOS. E O**

PAGAMENTO POR CASO E PARA UM VALOR FIXADO POR CASO, MAIS UMA VEZ INDEPENDENTE DA INTENSIDADE OU DURAÇÃO DO TRATAMENTO HOSPITALAR. (pág. xx)

- **O PAGAMENTO DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS É UM PROCESSO COMPLEXO**, sempre em mudança e alguns países desenvolveram **SISTEMAS DE PAGAMENTO MISTOS**, acreditando que é mais eficiente que um modelo simples de pagamento. (pág. xx)

- E possível encontrar **ABORDAGENS MAIS EFICIENTES PARA A COMPRA DE SERVIÇOS, FREQUENTEMENTE DESCRITAS COMO AQUISIÇÃO ESTRATÉGICA. O SISTEMA TRADICIONAL, EM QUE OS PRESTADORES SÃO REEMBOLSADOS PELOS SEUS SERVIÇOS (E OS GOVERNOS NACIONAIS AFECTAM ORÇAMENTOS AOS VÁRIOS NÍVEIS DA ADMINISTRAÇÃO COM BASE NO FINANCIAMENTO QUE ESTES RECEBERAM NO ANO ANTERIOR) É CHAMADO DE AQUISIÇÃO PASSIVA. UMA AQUISIÇÃO MAIS ACTIVA PODE MELHORAR A QUALIDADE E EFICIÊNCIA** ao colocar questões explícitas sobre as necessidades de saúde da população: que intervenções e serviços respondem melhor a essas necessidades e expectativas com os recursos disponíveis? Qual a melhor combinação de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação? Como e de quem devem essas intervenções e serviços ser prestados e adquiridos? (pág. xxi)

- Os governos têm a responsabilidade de assegurar que todos **OS PRESTADORES, PÚBLICOS E PRIVADOS**, operam de modo apropriado e atendem as necessidades dos pacientes do modo mais custo-eficaz e eficiente. (pág. xxi)

- **A COLECTA DE RECEITAS É O QUE A MAIORIA DAS PESSOAS ASSOCIA AO FINANCIAMENTO DE SAÚDE:** o modo como o dinheiro é angariado para pagar os custos do sistema de saúde. **HABITUALMENTE O DINHEIRO É RECEBIDO DAS FAMÍLIAS, ORGANIZAÇÕES OU EMPRESAS, E POR VEZES DE CONTRIBUINTES DE FORA DO PAÍS (DESIGNADOS “FONTES EXTERNAS”). OS RECURSOS PODEM SER COLECTADOS ATRAVÉS DE IMPOSTOS GENÉRICOS OU ESPECÍFICOS; CONTRIBUIÇÕES PARA SEGUROS DE SAÚDE OBRIGATÓRIOS OU**

VOLUNTÁRIOS; PAGAMENTOS DIRECTOS, COMO TAXAS DE UTENTES; E DONATIVOS. (pág. 4)

- AAQUISIÇÃO É O PROCESSO DE PAGAMENTO PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE. Há três modos principais de o fazer. **UM DELES É O GOVERNO FINANCIAR DIRECTAMENTE OS ORÇAMENTOS DOS SEUS PRÓPRIOS PRESTADORES DE SERVIÇOS (INTEGRAÇÃO DA AQUISIÇÃO E PRESTAÇÃO) UTILIZANDO AS RECEITAS GOVERNAMENTAIS E, POR VEZES, CONTRIBUIÇÕES DE SEGUROS. O SEGUNDO É TER UMA AGÊNCIA DE AQUISIÇÕES DISTINTA (POR EXEMPLO, UM FUNDO DE SEGURO DE SAÚDE, OU ENTIDADE GOVERNAMENTAL) QUE COMPRA OS SERVIÇOS EM NOME DA POPULAÇÃO (SEPARAÇÃO ENTRE O COMPRADOR E O PRESTADOR). O TERCEIRO É DEIXAR OS INDIVÍDUOS PAGAREM DIRECTAMENTE AO PRESTADOR DE SERVIÇOS.** Muitos países usam uma combinação dos três. (pág. 4)

- Os fundos comuns decorrem da acumulação e gestão dos recursos financeiros para assegurar que o risco financeiro de ter de pagar pelos cuidados médicos é assumido por todos os membros do grupo e não só pelos indivíduos que ficam doentes. O OBJECTIVO PRINCIPAL DO “FUNDO COMUM” É REPARTIR O RISCO FINANCEIRO ASSOCIADO COM A NECESSIDADE DE RECORRER A SERVIÇOS DE SAÚDE. SE OS FUNDOS SÃO PARTILHADOS, ELES TÊM DE SER PRÉ-PAGOS, ANTES DA OCORRÊNCIA DA DOENÇA – ATRAVÉS DE IMPOSTOS E/OU SEGUROS, por exemplo. A maioria dos sistemas de financiamento incluem um componente de fundo comum financiado por pré-pagamento, **COMBINADA COM PAGAMENTOS DIRECTOS INDIVIDUAIS AOS PRESTADORES DE SERVIÇOS, POR VEZES DESIGNADOS DE CO-PAGAMENTOS.** (pág. 4)

- Os rótulos podem enganar. Cada país faz diferentes escolhas sobre como angariar fundos, como agregá-los e como adquirir serviços. O facto de diversos países decidirem angariar parte das receitas para a saúde através de prémios de seguro de saúde obrigatório não significa que eles agreguem os fundos do mesmo modo. ALGUNS PAÍSES TÊM UM FUNDO ÚNICO – POR EXEMPLO UM FUNDO

NACIONAL DE SEGURO DE SAÚDE – ENQUANTO OUTROS TÊM MÚLTIPLOS FUNDOS, POR VEZES EM COMPETIÇÃO, GERIDOS POR COMPANHIAS PRIVADAS DE SEGUROS. Mesmo quando os países têm sistemas de fundos comuns semelhantes, as suas escolhas sobre como prestar ou adquirir serviços variam consideravelmente. Dois sistemas baseados genericamente em seguro de saúde podem funcionar de modo diferente quanto à agregação dos fundos e o seu uso para assegurar que as pessoas têm acesso a serviços; o mesmo se aplica a sistemas que são descritos como baseados em impostos. É por isto que a tradicional caracterização dos sistemas de financiamento em baseados em impostos e seguro social de saúde – ou Beveridge versus Bismarck – já não é útil para decisão política. (pág. 4)

- Em termos gerais, ha três modos de angariar fundos adicionais ou de diversificar as fontes de financiamento: o primeiro é **DAR A SAÚDE MAIOR PRIORIDADE NA DESPESA ACTUAL, PRINCIPALMENTE NO ORÇAMENTO DO GOVERNO;** o segundo é encontrar **FONTES NOVAS OU FONTES MAIS DIVERSIFICADAS DE FINANCIAMENTO DOMÉSTICO;** e o terceiro é aumentar o **APOIO FINANCEIRO EXTERNO.** (pág. 23)

- **OS FUNDOS COM PRÉ-PAGAMENTOS OBRIGATÓRIOS DEVEM, IDEALMENTE, SER COMBINADOS NUM ÚNICO FUNDO COMUM,** em vez de mantidos separados. Ao reduzir a fragmentação, aumenta-se o potencial de protecção financeira dos fundos pré-pagos o que, por sua vez, permite a prossecução de maior equidade. (pág. 42)

-**OS PLANOS VOLUNTÁRIOS, COMO OS SEGUROS DE SAÚDE COMUNITÁRIOS OU MICRO-SEGUROS, PODEM DESEMPENHAR UM PAPEL ÚTIL** em circunstâncias em que os planos obrigatórios proporcionam apenas níveis mínimos de pré-pagamentos. Se forem capazes de redireccionar alguns dos seus pagamentos directos para fundos pré-pagos, podem, em certa medida, expandir a protecção dos riscos financeiros da doença e ajudar as pessoas a perceber os benefícios de serem segurados. (pág. 42)

- A Tailândia, antes das reformas conducentes a cobertura universal, que começaram em 2001, teve diversos planos independentes: **O PLANO DE BEM-ESTAR NA SAÚDE PARA POBRES, O PLANO DE CARTÃO DE SAÚDE VOLUNTARIO,**

O PLANO DE BENEFÍCIOS MÉDICOS PARA FUNCIONÁRIOS PÚBLICOS, O PLANO DE SEGURANÇA SOCIAL PARA O SECTOR FORMAL E SEGUROS PRIVADOS. (pág. 51)

- Os resultados do Inquérito Mundial de Saúde em 39 países de rendimento baixo e médio-baixo demonstram que, em media, **APENAS 45% DO CUSTO DIRECTO DOS CUIDADOS AMBULATORIOS SE DESTINAVAM AOS PAGAMENTOS EM INSTALAÇÕES SANITÁRIAS GOVERNAMENTAIS**, incluindo os honorários dos médicos, os medicamentos e os testes clínicos (os segmentos cinzentos na Fig. 3.3). Em alguns países, esse custo era inferior a 15%. **OS RESTANTES 55% REPRESENTAVAM OS PAGAMENTOS EM INSTALAÇÕES PRIVADAS, INCLUINDO ORGANIZAÇÕES NÃO-GOVERNAMENTAIS, E OS MEDICAMENTOS E TESTES CLÍNICOS NO SECTOR PRIVADO (95). A DISPONIBILIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE GRATUITOS NAS INSTALAÇÕES GOVERNAMENTAIS CORRESPONDE APENAS A PARTE DO CAMINHO PARA REDUZIR AS BARREIRAS FINANCEIRAS AO ACESSO**; em alguns países, e mesmo uma parte bastante reduzida. (pág. 55)

- Não existe evidência convincente de que os **SERVIÇOS DE SAÚDE DO SECTOR PRIVADO SEJAM MAIS OU MENOS EFICIENTES QUE AS GOVERNAMENTAIS**. Depende do contexto. (pág. 64)

- Não foram relatadas diferenças substanciais entre hospitais nos EUA, na Europa ou noutras partes do mundo, embora, interessantemente, **OS HOSPITAIS PÚBLICOS FOSSEM MAIS EFICIENTES DO QUE OS HOSPITAIS PRIVADOS**, independentemente de terem ou não fins lucrativos. (pág. 72)

- A maioria dos estudos disponíveis direccionou-se para a eficiência hospitalar, responsável por cerca de 45-69% das despesas de saúde governamentais na África Sub-Sahariana (42). Hollingsworth (41) conduziu recentemente uma meta-análise de 317 publicações sobre medidas de eficiência e concluiu que **“A PRESTAÇÃO PÚBLICA PODE SER POTENCIALMENTE MAIS EFICIENTE QUE A PRIVADA”**. Contudo, estudos nacionais sugerem que o impacto da propriedade na eficiência é misto. Lee et al. (43) determinaram que os hospitais não-lucrativos nos EUA eram mais eficientes que os hospitais lucrativos. Por outro lado, os níveis de eficiência dos

hospitais Suíços não variavam de acordo com a propriedade (44,45). Na Alemanha, alguns estudos determinaram que os hospitais privados são menos eficientes tecnicamente que os públicos, enquanto outros concluíram o inverso, e outros ainda não encontraram nenhuma diferença (46, 47). (pág. 72)

- Os componentes chave desta reforma (no Líbano) **FORAM: A REVITALIZAÇÃO DA REDE PÚBLICA DE CUIDADOS PRIMÁRIOS; A MELHORIA DA QUALIDADE DOS HOSPITAIS PÚBLICOS;** e a melhoria da utilização racional das tecnologias médicas e dos medicamentos. Esta última incluía o aumento do uso de medicamentos genéricos certificados. **O MINISTÉRIO DA SAÚDE TAMBÉM REFORÇOU A SUA LIDERANÇA E AS FUNÇÕES GOVERNAMENTAIS** através de uma autoridade reguladora nacional para a saúde e tecnologia biomédica, de um sistema de acreditação para todos os hospitais e da **CONTRATAÇÃO DE HOSPITAIS PRIVADOS PARA PRESTAR SERVIÇOS ESPECÍFICOS A PREÇOS PRÉ-DETERMINADOS. AGORA TAMBÉM DISPÕE DE UMA BASE DE DADOS QUE UTILIZA PARA MONITORAR A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NAS INSTALAÇÕES DE SAÚDE PÚBLICAS E PRIVADAS.** (pág. 78)

- Os incentivos para reforçar a eficiência, equidade e qualidade dos serviços são essenciais, **QUER OS PRESTADORES DOS SERVIÇOS SEJAM PÚBLICOS OU PRIVADOS. NÃO EXISTE EVIDÊNCIA DE QUE OS PRESTADORES DE SERVIÇOS PRIVADOS SEJAM MAIS OU MENOS EFICIENTES DO QUE OS PÚBLICOS.** Na perspectiva da política de financiamento da saúde, decidir qual o melhor prestador de serviços requer uma abordagem mais pragmática do que ideológica. (pág. 98)

- Nesta fase, alguns países irão necessitar de fazer apenas pequenas alterações para manter as conquistas. Outros terão de impulsionar reformas, estabelecer novas instituições e organizações. Por exemplo, **UM PAÍS PODE DECIDIR DESENVOLVER UM SEGURO DE SAÚDE, ATRAVÉS DE UMA AUTORIDADE SEMI-GOVERNAMENTAL, PARA ULTRAPASSAR AS LIMITAÇÕES DA AGREGAÇÃO DE FUNDOS E DO APROVISIONAMENTO DENTRO DO SISTEMA DE GESTÃO FINANCEIRA DO SECTOR PÚBLICO.**

Contudo, por vezes, as instituições existentes podem simplesmente adaptar-se; por exemplo, **QUANDO E NECESSÁRIO ORGANIZAR UM SEGURO OBRIGATÓRIO ATRAVÉS DO SECTOR PRIVADO. QUANDO EXISTE UM SEGURO OBRIGATÓRIO NUMA AGÊNCIA PÚBLICA, NOVAS LEIS E NOVA REGULAMENTAÇÃO PODEM SER NECESSÁRIAS OU AS REGRAS EXISTENTES REFORÇADAS OU REVOGADAS.** (pág. 104)

- **EM SISTEMAS CARACTERIZADOS POR UM MISTO DE SERVIÇOS PÚBLICOS E PRIVADOS, FINANCIADOS PARCIALMENTE POR SEGUROS E POR RECEITAS FISCAIS, A SITUAÇÃO PODE SER COMPLEXA.** Em teoria, todos podem utilizar os serviços públicos, mas na prática, as pessoas em áreas remotas podem não lhes ter acesso físico, ou podem não os usar se a qualidade é fraca ou percebida como tal. Por isso, identificar quem está realmente coberto pelos serviços financiados publicamente pode ser difícil, mesmo com dados fiáveis provenientes de inquéritos familiares bem concebidos. (págs. 106-107)

OMS. 64.^a Asamblea Mundial de la Salud. **WHA64.9. Estructuras de financiación sostenible de la salud.** [online]. 2011. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64-REC1/A64_REC1-sp.pdf>. Acesso em 26 de setembro de 2014.

FINANCIAMENTO

- Recordando la resolución WHA58.33 sobre **FINANCIACIÓN SOSTENIBLE DE LA SALUD, COBERTURA UNIVERSAL Y SEGURO SOCIAL DE ENFERMEDAD;**

- Reconociendo que unos sistemas de salud eficaces que presten servicios integrales de salud, incluidos servicios preventivos, son de importancia capital para la salud, el desarrollo económico y el bienestar, y que esos sistemas deben basarse en una **FINANCIACIÓN EQUITATIVA Y SOSTENIBLE**, como se indica en la «Carta de Tallin: sistemas sanitarios para la salud y la riqueza» (2008);

- Subrayando la valiosa contribución que realizan las estructuras de **FINANCIACIÓN JUSTAS Y SOSTENIBLES** a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del

Milenio relacionados con la salud, esto es, el Objetivo 4 (Reducir la mortalidad infantil); el Objetivo 5 (Mejorar la salud materna); y el Objetivo 6 (Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades), así como del Objetivo 1 (Erradicar la pobreza extrema y el hambre);

- Observando que en numerosos países los **SISTEMAS DE FINANCIACIÓN DE LA SALUD DEBEN ALCANZAR UN MAYOR GRADO DE DESARROLLO Y DISPONER DE MÁS APOYO** para ampliar el acceso de todos a la atención sanitaria y los servicios necesarios y, al mismo tiempo, prevenir catástrofes económicas y brindar protección contra esos riesgos;

- Aceptando que, **CON INDEPENDENCIA DE LA FUENTE DE FINANCIACIÓN QUE SE ELIJA PARA COSTEAR EL SISTEMA DE SALUD, EL PAGO ANTICIPADO EQUITATIVO Y LA MANCOMUNACIÓN DE RIESGOS A ESCALA DE POBLACIÓN, ASÍ COMO LA NECESIDAD DE EVITAR QUE EN EL PUNTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SE HAGAN PAGOS DIRECTOS QUE SUPONGAN UNA CATÁSTROFE ECONÓMICA Y UN EMPOBRECIMIENTO**, son principios básicos para alcanzar la cobertura sanitaria universal;

- Considerando que al elegir un **SISTEMA DE FINANCIACIÓN DE LA SALUD ES PRECISO TENER EN CUENTA LA SITUACIÓN DE CADA PAÍS**, y que es importante regular y mantener las funciones básicas de la mancomunación de riesgos, las compras y la prestación de servicios básicos;

- Consciente de que varios Estados Miembros están llevando adelante **REFORMAS DE LA FINANCIACIÓN DE LA SALUD QUE PUEDEN COMPRENDER UNA COMBINACIÓN DE ENFOQUES PÚBLICOS Y PRIVADOS, Y UNA COMBINACIÓN FINANCIERA DE CONTRIBUCIONES Y APORTACIONES FINANCIADAS CON IMPUESTOS**;

- (INSTA a los Estados Miembros) a que velen por que los **SISTEMAS DE FINANCIACIÓN DE LA SALUD EVOLUCIONEN DE FORMA QUE SE EVITEN LOS PAGOS DIRECTOS SIGNIFICATIVOS EN EL PUNTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y SE PREVEA UN MÉTODO DE PAGO ANTICIPADO DE LAS CONTRIBUCIONES FINANCIERAS PARA LA**

ATENCIÓN Y LOS SERVICIOS DE SA-LUD, ASÍ COMO UN MECANISMO DE MANCOMUNACIÓN DE RIESGOS ENTRE LA POBLACIÓN con el fin de evitar que las personas incurran en gastos sanitarios catastróficos y caigan en la pobreza por haber requerido la atención de salud que necesitaban; (1.1)

- (INSTA a los Estados Miembros) a que procuren alcanzar la cobertura y el acceso universales y asequibles para todos los ciudadanos sobre una base de equidad y solidaridad, con el fin de proporcionar una gama adecuada de atención y servicios de salud, cuyos costos estén cubiertos en grado suficiente, y servicios preventivos integrales y asequibles, mediante el fortalecimiento de una **PRESUPUESTACIÓN EQUITATIVA Y SOSTENIBLE DE LOS RECURSOS FINANCIEROS**; (1.2)

- (INSTA a los Estados Miembros) a que velen por que los **FONDOS EXTERNOS DESTINADOS A INTERVENCIONES DE SALUD** concretas no desvíen la atención atribuida a las prioridades sanitarias del país, apliquen cada vez más los principios de la eficacia de la ayuda y **CONTRIBUYAN DE FORMA PREVISIBLE A LA SOSTENIBILIDAD DE LA FINANCIACIÓN**; (1.4)

- (INSTA a los Estados Miembros) a que, cuando proceda, aprovechen las **OPORTUNIDADES DE COLABORACIÓN EXISTENTES ENTRE PROVEEDORES PÚBLICOS Y PRIVADOS Y ORGANISMOS DE FINANCIACIÓN DE LA SALUD, BAJO UNA FIRME RECTORÍA GENERAL QUE ABARQUE AL GOBIERNO**; (1.7)

- (PIDE a la Directora General) que presente un informe sobre las medidas adoptadas y los progresos hechos en la aplicación de la resolución WHA58.33, especialmente en lo relativo a la **FINANCIACIÓN EQUITATIVA Y SOSTENIBLE** y la protección social de la salud en los Estados Miembros; (2.2)

- (PIDE a la Directora General) que, a petición de los Estados Miembros, proporcione apoyo técnico para fortalecer la capacidad y la experiencia en la mejora de los sistemas de financiación de la salud, en particular **PLANES EQUITATIVOS DE PAGO ANTICIPADO**, con miras a alcanzar la cobertura universal mediante la prestación de una atención y unos servicios de salud integrales para todos, **INCLUIDO EL FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD DE SEGUIMIENTO DE LOS FLUJOS DE GASTOS EN SALUD MEDIANTE LA APLICACIÓN DE**

MARCOS DE CONTABILIDAD NORMALIZADOS; (2.6)

OPAS/OMS. **Resolução CD52.R11. Proteção Social em Saúde.** [online]. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, 2013. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8833&Itemid=40033&lang=pt>. Acesso em: 26 de setembro de 2014.

FINANCIAMENTO

- (Instar aos Estados Membros, conforme apropriado às suas realidades particulares, a) fortalecer os componentes de saúde dos programas de proteção social (dando ênfase especial à atenção primária à saúde e aos determinantes sociais da saúde), **INCLUSIVE OS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA CONDICIONADA DE RENDA, OS PLANOS DE SAÚDE INTEGRAIS E OUTROS PROGRAMAS SOCIAIS**, conforme apropriado; (2. d)
- (Instar aos Estados Membros, conforme apropriado às suas realidades particulares, a) **ESTABELECEER OS MECANISMOS DE SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA, CONFORME APROPRIADO, PARA FINANCIAR O SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL EM SAÚDE**; (2. g)
- (Solicitar à Diretora que) promova a geração de informações sistemáticas e de evidências sobre lacunas e avanços na proteção social em saúde observados nos países da Região, **INCLUSIVE EVIDÊNCIAS E MELHORES PRÁTICAS SOBRE A TRANSFERÊNCIA CONDICIONADA DE DINHEIRO**; (3. a)

OMS. 66.^a Asamblea Mundial de la Salud. [A/66/24](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_24-sp.pdf). **Cobertura sanitária universal: informe de la Secretaría.** Ginebra: Naciones Unidas. [online]. 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_24-sp.pdf>. Acesso em: 26 de setembro de 2014.

FINANCIAMENTO

- A modo de ilustración, un examen reciente del Plan Tailandés de Cobertura Universal

reveló que el **SEGURO DE ENFERMEDAD (PAGADO TOTALMENTE CON LOS INGRESOS PÚBLICOS GENERALES)** para los pobres y el sector no convencional aumentó su acceso a los servicios que necesitaban y mejoró la protección contra el riesgo financiero. (8)

- El acceso a medicamentos esenciales asequibles fue mayor en el periodo 2007-2011 que en los cinco años anteriores, pero la disponibilidad de medicamentos esenciales (genéricos) en una muestra de países de ingresos bajos y medianos bajos era tan solo del 50,1% en los **CENTROS SANITARIOS PÚBLICOS**, y del 67% en los **PRIVADOS**. (16)

- Pese al aumento del gasto sanitario, **EN MUCHOS PAÍSES LOS FONDOS SIGUEN SIENDO INSUFICIENTES PARA GARANTIZAR LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL**, incluso con una serie mínima de servicios de salud (es decir, para respaldar la prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos). **EL GRUPO ESPECIAL DE ALTO NIVEL SOBRE FORMAS INNOVADORAS DE FINANCIACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD HA CALCULADO QUE PARA GARANTIZAR LA COBERTURA, AUNQUE FUERA CON UNA SERIE MÍNIMA DE SERVICIOS, LOS PAÍSES NECESITABAN UNA MEDIA DE US\$ 44 PER CAPITA EN 2009, CIFRA QUE AUMENTARÍA A US\$ 60 EN 2015.1 EN 2010 EL GASTO SANITARIO MEDIO EN LOS PAÍSES DE INGRESOS BAJOS FUE DE US\$ 32 PER CAPITA; 26 ESTADOS MIEMBROS TODAVÍA GASTARON EN SALUD MENOS DE US\$ 44 PER CAPITA PROCEDENTES DE TODAS LAS FUENTES DE FINANCIACIÓN, INCLUIDOS LOS DONANTES**. (17)

- **LOS NIVELES DE LOS PAGOS DIRECTOS SIGUEN SIENDO ELEVADOS EN MUCHAS PARTES DEL MUNDO**. Se calcula que 150 millones de personas sufren catástrofes financieras porque carecen de cobertura suficiente por alguna forma de protección frente al riesgo financiero, y que 100 millones se hunden en la pobreza por el mismo motivo. (18)

- Se ha ultimado el plan de acción orientado a ayudar a los Estados Miembros a **FORMULAR ESTRATEGIAS DE FINANCIACIÓN PARA AVANZAR HACIA LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL**. (21)

- El plan de acción hace hincapié en la **FINANCIACIÓN DE LA SALUD**, cuestión en la que se centran también las resoluciones WHA58.33 y WHA64.9. **UN ASPECTO DEL APOYO TÉCNICO CONSIDERADO EN EL PLAN SON LOS MECANISMOS QUE PUEDEN USAR LOS PAÍSES PARA EVALUAR SU SITUACIÓN EN LO REFERENTE A LA FINANCIACIÓN DE LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL Y EL FUNCIONAMIENTO DE SU SISTEMA DE FINANCIACIÓN SANITARIA.** Otras áreas de apoyo técnico abarcan la **RECAUDACIÓN DE FONDOS ADICIONALES PARA LA SALUD CUANDO SEA NECESARIO, A FIN DE REDUCIR LOS GASTOS DIRECTOS Y REPARTIR EL RIESGO FINANCIERO MEDIANTE SISTEMAS DE PREPAGO Y MANCOMUNACIÓN DE RECURSOS, Y UN USO MÁS EFICIENTE Y EQUITATIVO DE LOS FONDOS.** (23)

- La Secretaría prosigue sus esfuerzos para ayudar a los Estados Miembros a ampliar el acceso a medicamentos y tecnologías esenciales asequibles; desarrollar y mantener sistemas de acreditación; conservar a unos trabajadores sanitarios enérgicos y motivados, **Y MEJORAR LA GOBERNANZA SANITARIA, ES-PECIALLY EN RELACIÓN CON LA REGULACIÓN Y LA FUNCIÓN DEL SECTOR PRIVADO.** (25)

- Se están emprendiendo además actividades de creación de capacidad a nivel regional, ejemplo de lo cual es el programa de capacitación de la Región de Europa para **PLANIFICADORES DE LA FINANCIACIÓN SANITARIA, INICIADO EN 2011 Y CENTRADO EN LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL.** (27)

- Se resaltó la necesidad de implicar a actores de diversos sectores (incluidos investigadores), la sociedad civil, los asociados para el desarrollo y las organizaciones internacionales. **LOS MINISTERIOS DE SALUD TIENEN UN PAPEL CLAVE** que desempeñar para impulsar y coordinar ese esfuerzo y erigirse en defensores de la salud, dentro y fuera del gobierno, **INCLUIDO EL SECTOR PRIVADO, PERO UN ASPECTO DECISIVO ES LA INTERACCIÓN CON OTROS ACTORES GUBERNAMENTALES, Y EN PARTICULAR CON LOS MINISTERIOS DE FINANZAS.** (30)

ONU. [A/67/L.36](#). **Salud mundial y política exterior** [online]. Ginebra: Naciones Unidas, 2012. Disponible em: <http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/67/L.36&referer=http://www.un.org/en/ga/info/draft/index.shtml&Lang=S>. Acesso em: 26 de setembro de 2014.

FINANCIAMIENTO

- Reconoce que aunque algunos países han alcanzado importantes logros, todos los países pueden seguir mejorando sus políticas de financiación de la atención a la salud para perfeccionar y mantener sistemas de salud más eficientes, equitativos, inclusivos y de alta calidad para sus poblaciones, y que **EN MUCHOS PAÍSES DEBEN SEGUIR CREÁNDOSE SISTEMAS DE FINANCIACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD** a fin de proporcionar acceso a los servicios necesarios al tiempo que se brinda protección contra los riesgos financieros; (6)
- Exhorta a los Estados Miembros a que velen por que los **SISTEMAS DE FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA SALUD** evolucionen de forma de **EVITAR PAGOS DIRECTOS SIGNIFICATIVOS** en el lugar de atención e **INCLUYAN UN MÉTODO PARA EL PREPAGO DE LAS CONTRIBUCIONES FINANCIERAS** para la atención y los servicios de salud, así como **UN MECANISMO PARA MANCOMUNAR RIESGOS ENTRE LA POBLACIÓN** a fin de evitar los gastos de salud por enfermedades catastróficas y el empobrecimiento de las personas a consecuencia de la obtención de los servicios necesarios; (16)
- Pide que se refuerce la colaboración entre los Estados Miembros, en particular por medio de la Organización Mundial de la Salud, mediante asistencia técnica e intercambio de buenas prácticas, así como cooperando con los socios, incluida la sociedad civil, para promover la aplicación efectiva de la cobertura universal de salud **SOBRE LA BASE DE LA SOLIDARIDAD** en los planos nacional e internacional; (22)

ONU. [A/68/L.98](#). **Salud mundial y política exterior** [online]. Ginebra: Naciones Unidas, 2013. Disponible em: <<http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/68/98>>. Acesso em: 26 de

FINANCIAMIENTO

- Reconociendo además el vínculo entre el avance hacia la cobertura sanitaria universal y otras muchas cuestiones de política exterior, como la dimensión social de la globalización, la cohesión y la estabilidad, un crecimiento inclusivo y equitativo y el desarrollo sostenible y la sostenibilidad de los **MECANISMOS NACIONALES DE FINANCIACIÓN** en este sentido,

- Pide una mayor colaboración de los Estados Miembros y otras **PARTES INTERESADAS PERTINENTES DE LOS SECTORES PÚBLICO Y PRIVADO**, incluidos la sociedad civil y el mundo académico, con el fin de mejorar la salud para todos, en particular apoyando el desarrollo de sistemas de salud sostenibles e integrales, asegurando el acceso universal a servicios de salud de calidad, fomentando la innovación para atender las necesidades de salud actuales y futuras, y promoviendo la salud durante toda la vida; (4)

- **EXHORTA A LOS ESTADOS MIEMBROS A QUE PROMUEVAN Y FORTALEZCAN, SEGÚN PROCEDA, SU DIÁLOGO CON EL SECTOR PRIVADO**, así como con los agentes de la sociedad civil y el mundo académico, a fin de aumentar al máximo su colaboración y contribución para solucionar los problemas de salud mundial, **PROTEGIENDO AL MISMO TIEMPO LOS INTERESES DE LA SALUD PÚBLICA CONTRA TODA INFLUENCIA INDEBIDA DE CUALQUIER FORMA DE CONFLICTO DE INTERESES REAL, APARENTE O POTENCIAL, MEDIANTE LA GESTIÓN DE LOS RIESGOS, EL FORTALECIMIENTO DE LA DILIGENCIA DEBIDA Y LA RENDICIÓN DE CUENTAS Y EL AUMENTO DE LA TRANSPARENCIA DE LA COLABORACIÓN**; (6)

- Alienta a los Estados Miembros y las partes interesadas pertinentes a que **CONSIDEREN LOS MECANISMOS INNOVADORES DE FINANCIACIÓN DE CARÁCTER VOLUNTARIO COMO UNA CONTRIBUCIÓN POSITIVA PARA AYUDAR A LOS PAÍSES EN DESARROLLO A MOVILIZAR RECURSOS**

ADICIONALES PARA EL DESARROLLO DE LA SALUD DE MANERA SOSTENIBLE, PREVISIBLE Y VOLUNTARIA, Y PONE DE RELIEVE QUE ESA FINANCIACIÓN DEBE SER UN COMPLEMENTO, Y NO UN SUSTITUTO, DE LAS FUENTES TRADICIONALES DE FINANCIACIÓN; (14)

OIT. **Piso de Proteção Social para uma Globalização Equitativa e Inclusiva** [online]. Genebra, Organização Internacional do Trabalho, 2011. Disponível em: <http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/pub_relatabchelet.pdf>.

Acesso em 26 de setembro de 2014.

FINANCIAMENTO

- O crescimento econômico é a maneira mais simples de criar espaço fiscal, que posteriormente poderá depois ser dirigido parcialmente para a proteção social. No entanto, mesmo na ausência de taxas de crescimento elevadas, a realocação das despesas pode criar espaço fiscal desde que exista vontade política. O fato de alguns países gastarem muito mais do que outros em proteção social, em que pesem as similaridades de PIB per capita, testemunha a importância da vontade política nas definições das prioridades nacionais. **EM ALGUNS PAÍSES, A REFORMA FISCAL CENTRADA NA REESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA TRIBUTÁRIO PROPORCIONOU NOVAS OPORTUNIDADES IMPORTANTES PARA O FINANCIAMENTO DA PROTEÇÃO SOCIAL.** (pág. xxix)

- Garantir que ações de proteção social sejam viáveis e sustentáveis a longo prazo em termos fiscais; **QUE SEJAM ANCORADAS EM FONTES DE FINANCIAMENTO NACIONAIS PREVISÍVEIS E SUSTENTÁVEIS.** No caso de alguns países de baixa renda, a solidariedade internacional sob a forma de apoio direto aos orçamentos nacionais pode ser necessária para estimular o início do processo. (pág. xxxii)

- A definição de fontes sustentáveis de financiamento dos pisos de proteção social é, em última instância, uma questão de prioridades definidas politicamente. Do ponto de vista macroeconômico, a primeira pergunta crítica a se fazer é se **EXISTE ESPAÇO FISCAL SUFICIENTE**, ou se este pode ser criado, em concorrência com outros

objetivos nacionais, para responder às necessidades financeiras de um piso. A segunda questão fundamental refere-se à **SUSTENTABILIDADE FISCAL A LONGO PRAZO**, e a resposta depende não apenas das fontes de financiamento (interno e externo) disponíveis, mas fundamentalmente da vontade e compromisso políticos em favor de uma proteção social adequada e efetiva. (pág. 47)

- Países que mostraram progressos no estabelecimento do Piso de Proteção Social têm utilizado frequentemente fontes inovadoras de financiamento, tanto internas como externas. Em países de renda média-elevada, a receita gerada internamente forneceu a maior parte do financiamento para a expansão dos componentes do Piso. A extensão dos programas de assistência social na África do Sul, Brasil, China e Índia tem sido essencialmente financiada por receitas fiscais gerais. Na China e na Índia, isso foi facilitado pelo rápido crescimento econômico. **O FINANCIAMENTO BASEADO NOS IMPOSTOS TEM A VANTAGEM DE GARANTIR A SUSTENTABILIDADE E LEGITIMIDADE DAS INSTITUIÇÕES DO PISO DE PROTEÇÃO SOCIAL, AO RELACIONAR OS PROCESSOS ORÇAMENTÁRIOS ÀS PRIORIDADES POLÍTICAS SOCIAIS.** (pág. 74)

- Além de gerar os recursos necessários para apoiar o Piso de Proteção Social, **AS MODALIDADES DE FINANCIAMENTO TÊM IMPLICAÇÕES PARA O MODELO DOS INCENTIVOS ECONÔMICOS QUE OPERAM NA ECONOMIA** (Heller, 2005; UND P, 2010a; Ribe, Robalino and Walker, 2010), **BEM COMO A SUSTENTABILIDADE E LEGITIMIDADE DAS INSTITUIÇÕES DO PISO DE PROTEÇÃO SOCIAL** (ILO, 2011b; Roy and Heuty, 2009). (pág. 75)

- Na Bolívia, em 1997, o governo introduziu uma **PENSÃO SOCIAL** paga anualmente a todas as pessoas com mais de 65 anos. **A PRESTAÇÃO FOI PARCIALMENTE FINANCIADA POR UM FUNDO CRIADO COM RECURSOS PROVENIENTES DA PRIVATIZAÇÃO DE EMPRESAS PÚBLICAS.** Em 2007, a idade limite foi reduzida para 60 anos e o governo alterou a fonte de financiamento para um imposto sobre vendas de hidrocarbonantes. (pág. 75)

- No Gana, o cancelamento da dívida externa permitiu o financiamento inicial do Programa Piloto de Fortalecimento dos Meios de Vida contra à Pobreza (*Livelihoods Empowerment Against Poverty Programme*) e estão em curso discussões para expandir

a iniciativa (ILO, 2010f). Através da Iniciativa para o Alívio da Dívida Multilateral (IAD M) (*Multilateral Debt Relief Initiative – MDRI*), gerida por FMI, Banco Mundial e Fundo Africano de Desenvolvimento (FAD), alguns países de baixa renda podem beneficiar-se do alívio da dívida para apoiar a realização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. **EXPERIÊNCIAS EM UGANDA E ZÂMBIA MOSTRAM QUE O SUCESSO DO PROCESSO DEPENDE DO DIRECIONAMENTO DOS RECURSOS ADVINDOS DO ALÍVIO DA DÍVIDA À REDUÇÃO DA POBREZA E A OUTRAS AÇÕES RELACIONADAS COM OS ODM** (Help Age International, 2011b). (pág. 76)

- **UM APOIO RENOVADO IMPLICA QUE OS DOADORES CONCEDAM FINANCIAMENTOS ADEQUADOS, PREVISÍVEIS E PLURIANUAIS.** Isso exigiria dos países de alta renda o fornecimento de fundos de ajuda ao desenvolvimento para despesas de proteção social setoriais diretas no âmbito dos quadros orçamentais dos países de baixa renda, respeitando o caminho específico que cada país percorre para construir ou reforçar o seu Piso de Proteção Social, através de suas próprias prioridades e liderança. (pág. 78)

- **Quadro 10: FONTES INOVADORAS DE FINANCIAMENTO APLICADAS À PROTEÇÃO SOCIAL: IMPOSTO SOBRE OPERAÇÕES FINANCEIRAS: MUITOS PAÍSES, INCLUINDO O BRASIL, CORÉIA DO SUL, ÍNDIA E REINO UNIDO JÁ IMPLEMENTAM OU IMPLEMENTARAM ALGUM TIPO DE IMPOSTO SOBRE OPERAÇÕES FINANCEIRAS, NOMEADAMENTE UM IMPOSTO AD VALOREM SOBRE AS TRANSAÇÕES DE AÇÕES DE 10-50 PONTOS-BASE.** Em média, estes impostos aumentaram menos do que 0,5% do PIB (Matheson, 2011). No Brasil, a contribuição provisória sobre transações financeiras ajudou a consolidar a universalização do sistema de saúde. O relatório Bill Gates, apresentado na reunião do G20 em Cannes, estima que uma pequena taxa de 10 pontos-base em ações e 2 pontos-base sobre os títulos renderia cerca de US\$ 48 bilhões por ano nos países do G20 (Lamb, 2011). Parte desses recursos poderia ser alocada para apoiar o desenvolvimento de pisos de proteção social em países de baixa renda.

IMPOSTO SOBRE OPERAÇÕES CAMBIAIS DE DIVISAS: O Grupo Líder em Financiamento Inovador para o Desenvolvimento estimou que um imposto de 0,005%

sobre operações cambiais em todos os mercados de divisas no ponto de liquidação arrecadaria entre US\$ 25 bilhões e US\$ 36 bilhões para se aplicado em operações cambiais das quatro principais moedas (dólar, euro, iene e libra esterlina). O comitê sugere que os recursos sejam usados para criar um **FUNDO DE SOLIDARIEDADE GLOBAL**, que poderia ser dedicado ao desenvolvimento da cooperação internacional, e que sugerimos que poderia incluir a implementação de pisos sociais.

CONTRIBUIÇÃO SOLIDÁRIA SOBRE PASSAGENS AÉREAS: Em 2006, Brasil, Chile, França, Noruega e Reino Unido, em colaboração com as Nações Unidas, acordaram em tributar passagens aéreas e investir os recursos arrecadados na proteção da saúde básica, em particular facilitando a compra de remédios e medicamentos para combater HIV, tuberculose e malária em países de baixa renda. Benin, Burkina Faso, Camarões, República do Congo, Guiné, Costa do Marfim, Coréia do Sul, Madagascar, Mali, Ilhas Maurício e Níger aderiram mais tarde ao regime. O custo para os passageiros varia de US\$ 1 (bilhetes em classe econômica) a US\$ 40 (classe executiva). Desde sua criação, a cobrança pelas companhias ajudou a UNITAID a arrecadar cerca de US\$ 2 bilhões para financiar programas que beneficiam pessoas em 94 países (UNITAID, 2010).

REMESSAS: A MIGRAÇÃO LABORAL SEMPRE FOI UMA FONTE DE PROTEÇÃO SOCIAL INFORMAL PARA AS FAMÍLIAS QUE PERMANECEM NOS PAÍSES DE ORIGEM. Estima-se que os fluxos de remessas para países em desenvolvimento atingirão US\$ 346 bilhões em 2011, representando cerca de 2% do PIB dos países em desenvolvimento e 6% do PIB em países de baixa renda (World Bank, 2010c). As remessas ajudam a aumentar o consumo e reduzir a pobreza nos países de origem dos migrantes. **UMA AÇÃO DECISIVA PARA REDUZIR OS CUSTOS DE TRANSAÇÃO, ESTIMADA NUMA MÉDIA DE 9%, PODE AUMENTAR O VALOR LÍQUIDO TRANSFERIDO.** Um estudo recente nas áreas rurais de Moçambique mostra que a migração associada às remessas está positivamente relacionada ao estímulo da solidariedade nas comunidades (Mendola, 2010). **A PARTILHA DOS RISCOS E MECANISMOS DE INCLUSÃO FINANCEIRA ENTRE OS DESTINATÁRIOS DE REMESSAS TAMBÉM PODE SER ESTIMULADA PARA AUMENTAR O IMPACTO DOS FLUXOS**

DE REMESSAS NO BEM-ESTAR DA COMUNIDADE E CONVERTER DISPOSIÇÕES INFORMAIS EM REGIMES DE PISO SOCIAL FORMAL.

INSTRUMENTOS BASEADOS NA DÍVIDA: Desde 2007, sob o regime de troca Debt2health, Alemanha e Austrália converteram cerca de US\$ 160 milhões em dívida bilateral detida por Costa do Marfim, Egito, Etiópia, Indonésia, e Paquistão para investimentos em saúde básica nesses países. **NESTE REGIME, O CREDOR CANCELA A DÍVIDA BILATERAL E O DEVEDOR SE COMPROMETE A INVESTIR EM SAÚDE BÁSICA. A TROCA DA DÍVIDA E AS FACILIDADES NO PERDÃO DA DÍVIDA PODERIAM SER MELHORADAS PARA AUMENTAR O INVESTIMENTO NA PROTEÇÃO SOCIAL** (The Global Fund, 2011). (pág. 81)

Quadro 11 **INTEGRAR O SEGURO SOCIAL E A ASSISTÊNCIA SOCIAL.** Em 2008, **A REFORMA DA PREVIDÊNCIA CHILENA REDESENHOU O COMPONENTE NÃO CONTRIBUTIVO DO SISTEMA E A SUA RELAÇÃO COM O CONTRIBUTIVO**, possibilitando um aumento substancial da cobertura do sistema, por meio da introdução mecanismos assistenciais para os trabalhadores com baixa densidade de contribuições provocadas por interrupções no trabalho e nas contribuições para a seguridade social e/ou por salários insuficientes. **DESDE 2009, A COLÔMBIA TEM TAMBÉM IMPLEMENTADO UMA REFORMA QUE PLANEJA ATINGIR COBERTURA DE SAÚDE UNIVERSAL, UNIFICANDO OS REGIMES DE SEGURO CONTRIBUTIVO E SUBVENCIONANDO NOVO PLANO DE SEGURO DE SAÚDE UNIVERSAL.** O plano de saúde contributivo, conhecido como *Plano Obligatorio de Salud* (POS), é financiado por um imposto sobre os salários dos trabalhadores do setor formal e um imposto sobre os empregadores. Trabalhadores de baixa renda ou informais estão cobertos pelo *Plano de Salud Obligatorio Subsidiado* (POSS), que é financiado por uma subvenção do governo. A integração dos pisos sociais nos programas de seguro facilitará a mudança dos trabalhadores para o sistema de proteção social. Fonte: OIT (2010d). (pág. 87)

OIT. RECOMENDAÇÃO R202. RECOMENDAÇÃO SOBRE OS PISOS DE PROTEÇÃO SOCIAL [online]. Genebra, Organização Internacional do Trabalho,

2012. Disponível em:
<http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:3065524,es>. Acesso em 26 de setembro de 2014.

FINANCIAMIENTO

- Reconociendo la responsabilidad general y principal del Estado de poner en práctica la presente Recomendación, los Miembros deberían aplicar los siguientes principios: (...) h) **SOLIDARIDAD EN LA FINANCIACIÓN**, asociada a la búsqueda de un equilibrio óptimo entre las responsabilidades y los intereses de aquellos que financian y se benefician de los regímenes de seguridad social; i) consideración de la diversidad de métodos y enfoques, **CON INCLUSIÓN DE LOS MECANISMOS DE FINANCIACIÓN Y LOS SISTEMAS DE PRESTACIONES**; (...) k) **SOSTENIBILIDAD FINANCIERA, FISCAL Y ECONÓMICA**, teniendo debidamente en cuenta la justicia social y la equidad; (3)

- **ESAS PRESTACIONES PODRÁN SER SUMINISTRADAS POR REGÍMENES UNIVERSALES DE PRESTACIONES, REGÍMENES DE SEGURO SOCIAL, REGÍMENES DE ASISTENCIA SOCIAL, REGÍMENES DE IMPUESTO NEGATIVO SOBRE LA RENTA, REGÍMENES PÚBLICOS DE EMPLEO Y REGÍMENES DE APOYO AL EMPLEO.** (9.3)

- 1) Los Miembros deberían considerar una serie de métodos para **MOVILIZAR LOS RECURSOS NECESARIOS A FIN DE ASEGURAR LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA, FISCAL Y ECONÓMICA DE LOS PISOS DE PROTECCIÓN SOCIAL NACIONALES, TOMANDO EN CONSIDERACIÓN LA CAPACIDAD CONTRIBUTIVA DE LOS DISTINTOS GRUPOS DE POBLACIÓN.** Esos métodos, utilizados individualmente o en combinación, podrán consistir en hacer cumplir efectivamente las obligaciones tributarias y contributivas, redefinirlas prioridades de gasto o crear una base de recaudación más amplia y suficientemente progresiva. 2) A los efectos de la aplicación de estos métodos, los Miembros deberían considerar la necesidad de adoptar medidas destinadas a prevenir el fraude, la evasión fiscal y el impago de las cotizaciones. (11)

- **LOS PISOS DE PROTECCIÓN SOCIAL NACIONALES DEBERÍAN FINANCIARSE CON RECURSOS NACIONALES.** Los Miembros cuyas capacidades económicas y fiscales sean insuficientes para poner en práctica las garantías podrán pedir **COLABORACIÓN Y APOYO A NIVEL INTERNACIONAL A FIN DE COMPLEMENTAR SUS PROPIOS ESFUERZOS.** (12)

- Al formular y aplicar estrategias nacionales para extender las estrategias de seguridad social, los Miembros deberían: (...) c) tratar de colmar las lagunas de la protección mediante regímenes apropiados y coordinados eficazmente, ya **SEAN DE CARÁCTER CONTRIBUTIVO O NO CONTRIBUTIVO O AMBAS COSAS**, inclusive mediante la extensión de los regímenes contributivos existentes a todas las personas interesadas que tengan capacidad contributiva; (...) e) **ESPECIFICAR LAS NECESIDADES FINANCIERAS Y LOS RECURSOS, ASÍ COMO LOS PLAZOS Y LAS ETAPAS ESTABLECIDOS PARA ALCANZAR PROGRESIVAMENTE LOS OBJETIVOS DEFINIDOS,** (14)

WORLD BANK. UNICO Studies Series 25. **The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence** [online]. Washington DC: The World Bank, 2013. Disponível em: <<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Images/IMPACTofUHCschemesinDevelopingCountries-AReviewofExistingEvidence.pdf>>. Acesso em: 26 de setembro de 2014.

FINANCIAMENTO

- Entretanto, muitos autores têm argumentado que a dicotomia Beveridge/Bismarck não é mais adequada para descrever sistemas de saúde atualmente, porque os sistemas de saúde da atualidade são muito mais diversos e complexos, e as diferenças vão além daquelas destacadas pela dicotomia Beveridge/Bismarck (...). Os que estão em busca da UHC aceitaram esse argumento e não tentam classificar os esquemas de UHC em nenhuma dessas categorias. O mais importante, entretanto, parece ser o fato de que o **CONCEITO DE UHC NÃO IMPLICA – OU NÃO ADVOGA POR – UMA**

PARTICULAR ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE (...). (págs. 2-3)

- Aqueles que promovem a UHC reconhecem que o alcance dos objetivos da UHC depende não apenas da arrecadação de impostos, mas também de como outras funções, como a partilha de risco, aquisição e oferta de serviços, são realizadas (...). Dessa forma, novamente, o conceito UHC não implica – ou advoga por – uma particular organização para a arrecadação de impostos. **NA VERDADE, DESENVOLVE-SE SOBRE O ENTENDIMENTO DE QUE OS ESQUEMAS DA UHC PODEM VARIAR CONSIDERAVELMENTE EM SUA ESTRATÉGIA DE ARRECADAÇÃO DE IMPOSTOS E RECONHECE QUE A MAIORIA DOS PAÍSES CONTA COM FONTES DE FINANCIAMENTO MISTAS OU HÍBRIDAS (...).** Além disso, para angariar fundos adicionais, **ALGUMAS INICIATIVAS DA UHC ESTÃO FOCANDO EM FINANCIAMENTO INOVADOR,** como taxas sobre transações financeiras internacionais, taxas nos bilhetes de avião, taxa solidária sobre o uso de telemóveis, e outras fontes de financiamento, adicionalmente às fontes comuns e conhecidas de financiamento, como as contribuições relacionadas ao emprego – e à renda, contribuições para seguros e receitas públicas (...). (pág. 3)

- O movimento da UHC, em princípio, não prefere um mecanismo de arrecadação de impostos a outro, desde que ambos angariem recursos suficientes e as contribuições das pessoas sejam acessíveis e justas. **PARECE QUE QUALQUER MECANISMO DE ARRECADAÇÃO É ACEITÁVEL PARA A UHC, DESDE QUE CONTRIBUA – E NÃO PREJUDIQUE – OS OBJETIVOS DA UHC** (como será discutido posteriormente, alguns mecanismos não são aceitos, como os pagamentos diretos dentro da lógica da UHC). (...) Para eliminar, ou pelo menos reduzir, os pagamentos diretos, a **UHC É A FAVOR DO PRÉ-PAGAMENTO E PARTILHA DE RISCO.** (págs. 3-4)

- Não há um padrão claro de esquemas de UHC com relação à prestação dos serviços de saúde. **A PRESTAÇÃO PODE SER REALIZADA POR PRESTADORES PÚBLICOS, PRIVADOS, COM FINS LUCRATIVOS, SEM FINS LUCRATIVOS, OU UMA COMBINAÇÃO DELES.** Há esquemas que contam principalmente com prestação diretamente pública, enquanto outros (provavelmente a

maioria) contam com certa combinação entre prestadores públicos e privados. (pág. 4)

- (...) a referida discussão **DESTACA DIVERSAS CARACTERÍSTICAS QUE SÃO GERALMENTE ASSOCIADAS AOS ESQUEMAS DE UHC, COMO O PRÉ-PAGAMENTO E A PARTILHA DE RISCO, FONTES MISTAS DE FINANCIAMENTO**, um esforço para incluir os pobres ou aqueles que não podem contribuir, e um estado de transição da maioria dos sistemas de saúde comprometidos com a UHC. (págs. 4-5)

WORLD BANK. **Scaling up affordable health insurance: staying the course**. [online]. Washington DC: The World Bank, 2013. Disponível em: <<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13836>>. Acesso em 29 de setembro de 2014.

FINANCIAMENTO

- A pesquisa para este volume apresenta que, quando adequadamente concebido e **ASSOCIADO A SUBSÍDIOS PÚBLICOS**, o seguro de saúde pode contribuir para o bem-estar das famílias pobres e de classe média, não apenas dos ricos. E pode contribuir para os objetivos de desenvolvimento, como melhor acesso aos cuidados de saúde, melhor proteção financeira contra custos de doença, e redução da exclusão social. (pág. xxi)
- Destacam que muitos dos problemas observados com o seguro de saúde são relevantes aos sistemas de pagamento de terceiros e, portanto, se aplica do mesmo modo no caso de **SERVIÇOS DE SAÚDE SUBSIDIADOS OU DE ACESSO GRATUITO OFERECIDOS PELO GOVERNO** (pág. xxi)
- Atualmente, muitos países de renda baixa e média não estão mais escutando esse debate dividido entre abordagens vertical e horizontal para a atenção à saúde. Ao invés, estão experimentando **ABORDAGENS NOVAS E INOVADORAS PARA O FINANCIAMENTO DA SAÚDE. O SEGURO DE SAÚDE ESTÁ SE TORNANDO UM NOVO PARADIGMA PARA SE ALCANÇAR OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO (ODMs)**. (pág. xxii)
- *Scaling Up Affordable Health Insurance: Staying the Course* (...) é o quinto volume

de uma série de revisões detalhadas do papel do financiamento da saúde na melhoria do acesso a serviços necessários para populações de baixa renda, para sua proteção contra o empobrecimento devido à doença, e em questões importantes de exclusão social em programas financiados pelo governo. **O SUCESSO EM MELHORAR O ACESSO E PROTEÇÃO SOCIAL POR MEIO DO SEGURO DE SAÚDE COMUNITÁRIO E PRIVADO TEM LEVADO MUITOS PAÍSES A TENTAREM TORNAR A FILIAÇÃO COMPULSÓRIA E OFERECER SEGURO SUBSIDIADO POR MEIO DO SETOR PÚBLICO.** (pág. xxii)

-Nesse contexto de extremo fracasso do setor público, **O ENVOLVIMENTO DA COMUNIDADE NO FINANCIAMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE** oferece um primeiro passo crítico, apesar de insuficiente, na longa marcha para a melhoria do acesso a serviços de saúde pelos pobres e proteção social contra os custos da doença. (...) Com base em extensiva revisão da literatura, os principais pontos fortes dos esquemas de financiamento comunitário são o grau de penetração alcançado pela participação comunitária, sua contribuição para proteção financeira contra custos de doença e o aumento do acesso a serviços de saúde por trabalhadores rurais e do setor informal de baixa renda. Alguns de seus principais pontos fracos são o baixo nível de receitas que podem ser mobilizadas das comunidades pobres, a frequente exclusão dos miseráveis de participação em tais esquemas sem alguma forma de subsídio, o pequeno tamanho da partilha de risco, a limitada capacidade de gestão nos contextos rurais e de baixa renda, e seu isolamento de benefícios mais abrangentes que estão geralmente disponíveis por meio de mecanismos formais de financiamento da saúde e de redes de prestadores. Muitas dessas observações também se aplicam para o seguro de saúde voluntário privado. (pág. xxiii)

- Enfatiza-se a necessidade de combinar vários instrumentos para alcançar três principais objetivos de desenvolvimento no financiamento da saúde: (1) acesso sustentável a serviços de saúde necessários; (2) maior proteção financeira contra custos de doença que levam ao empobrecimento; e (3) redução da exclusão social de instrumentos de financiamento da saúde organizados. **ESSES INSTRUMENTOS INCLUEM SUBSÍDIOS, SEGURO, POUPANÇA E TAXAS DE UTENTES (...). OS AUTORES DEFENDEM UMA ABORDAGEM DE VÁRIOS PILARES**

PARA O FINANCIAMENTO DA SAÚDE EM PAÍSES DE RENDA BAIXA E MÉDIA, QUE INCLUIRIA UM IMPORTANTE COMPONENTE DE SEGURO DE SAÚDE VOLUNTÁRIO PRIVADO (PROGRAMAS DE BASE COMUNITÁRIA E DE EMPRESA PRIVADA). TODOS OS VOLUMES NESTA SÉRIE RECOMENDAM FORTEMENTE O PRÉ-PAGAMENTO NO LUGAR DE PAGAMENTOS DIRETOS PARA SERVIÇOS DE SAÚDE. O uso de seguro foi recomendado para o pagamento de riscos menos frequentes e de alto custo e subsídios para cobrir acessibilidade para pacientes pobres a problemas de saúde mais frequentes de baixo custo. (pág. xxiv)

- HÁ UM ESTREITO PARALELO ENTRE O FINANCIAMENTO COMUNITÁRIO E O SEGURO DE SAÚDE PRIVADO. AMBOS SÃO NÃO GOVERNAMENTAIS, MAS GERALMENTE APRESENTAM UMA IMPORTANTE INTERFACE COM PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS POR MEIO DE SUBSÍDIOS E REDES DE PRESTAÇÃO COMPARTILHADA. Ambos contam com filiação voluntária. A filiação é pequena ao menos que a partilha de risco efetiva seja ampliada por meio de resseguro ou federação com outros esquemas. Ambos dependem de confiança. Seus filiados devem ter confiança de que suas contribuições pagas hoje levarão a benefícios quando necessários no futuro. Ambos são vulneráveis a fracassos do mercado de seguro, como a seleção adversa, exclusividade (*cream skimming*), risco moral e o fenômeno da gratuidade (*free-rider*). (pág. xxiv)

7. DISCUSSÃO

A classificação de conteúdos desse conjunto de documentos através das díades adotadas permitiu o mapeamento das ideias força do debate da UHC e revela nuances no perfil das organizações, provavelmente refletindo a natureza dos seus processos e espaços de negociação e legitimação.

Lembrando que a intenção desse exercício se orienta a verificar como é tratado o direito humano à saúde pela expressão documental dos conceitos e ideias que configuram a identidade de comunidades epistêmicas que se expressam de forma dominante nos documentos das instituições analisadas.

Pesa, portanto, a natureza da organização onde se dá o debate e consequentemente o perfil da burocracia / tecnocracia envolvida, embora não seja suficiente para romper a essência hegemônica do debate proposto, ou seja, não surpreende, em se tratando de expressão de uma ordem mundial hegemônica, que todos os documentos guardem uma identidade de conceitos fundamentais.

Esta essência aparece na própria motivação central da UHC: resolver o problema do financiamento da saúde, visto como barreira para a cobertura e o acesso e portanto objeto central das formulações de cobertura propostas.

Como constrói seus argumentos por este enfoque, a partir do Informe Mundial da Saúde da OMS em 2010 (Financiamento dos Sistemas de Saúde: o caminho para a cobertura universal, Relatório Mundial da Saúde), tudo que se segue tem esta marca fundamental, a de um economicismo utilitarista e que coloca em segundo plano a materialidade dos direitos em termos de universalidade, integralidade e igualdade, que considero uma tríade indissociável se queremos afirmar e garantir o direito à saúde.

Observa-se, portanto, que o universalismo proposto não trafega pela lógica dos direitos sociais, mas sim pela lógica do direito humano no plano individual, muito mais próximo da liberdade proposta na lógica liberal, onde o universalismo da cobertura imediatamente coloca em questão a integralidade, pois no cubo proposto, frente à limitação de recursos (não se questiona nos textos o limite estrutural dos recursos e a distribuição da riqueza na ordem mundial e dentro dos países), propõe-se a racionalidade da alocação

eficiente, baseada em “equidade” confundida em sinonímia com focalização e seus pacotes de benefícios em detrimento da integralidade.

O universalismo proposto parece mais próximo de uma definição na perspectiva utilitarista onde o máximo benefício possível (segundo os recursos disponíveis) para o maior número de pessoas seria suficiente sem colocar em debate a universalidade do direito nem as desigualdades existentes ou criadas pela intervenção.

Cabe destacar no debate sobre a focalização que esta se situa em um contínuo com a universalização e que todo sistema de proteção social terá algo mais ou menos de focalização, o que implica entender que a universalização pressupõe algum grau de focalização inclusiva para poder ser de fato universal (o que aponta o Informe Bachelet / OIT aqui examinado); no entanto, como o próprio informe OIT destaca, não se deve usar a identidade de pobre pelo seu potencial de estigma e porque finalmente a arbitragem da inclusão ou exclusão da focalização implica um custo e uma capacidade técnica que os países que mais necessitam não podem financiar, nesse caso seria melhor universalizar sem criar focalizações. O conceito persistente de beneficiários de políticas sociais e de focalização aparece como uma constante e escassamente se fala nos documentos estudados de uma cidadania baseada em sujeitos de direitos humanos e sociais; essa ausência revela a dificuldade de colocar este enfoque nos documentos notadamente pela posição dos Estados Unidos que não reconhecem a saúde como direito e obstaculizam este tipo de debate.

A maior sofisticação observada no documento OIT provavelmente revela a tensão política que bem ou mal se cria no confronto de empregadores, trabalhadores e estados na instituição, coisa que não tem precedente formal nos outros organismos analisados – OMS, Assembleia Geral da ONU e BM, posto que a participação social é pequena, tende a ser reprodutiva das comunidades epistêmicas afins mediante convites e alianças acadêmicas e está dominada por ONGs principalmente do Norte e suas ramificações no Sul Global.

Nos documentos em geral há uma forma difusa e não compromissada pelos direitos como imperativo ético e, portanto, não há uma forma imperativa de comprometer o dever dos estados em torno a esses direitos, os quais se subordinam aos recursos disponíveis, na racionalidade da eficiência da alocação de recursos escassos, criando categorias de insolventes que dependerão dos recursos de que disponham o governo, incluindo aí os trabalhadores informais, deixando a narrativa da proteção ao trabalho formal bismarckiana

se expressar fortemente na racionalidade do regime contributivo para os que podem pagar e o sistema de subsídio ao seguro para os que não têm capacidade de contribuição.

Esse conceito está fortemente presente nas formas como se justifica e se organiza a focalização como estratégia para dar conta de recursos escassos e uma inclusão possível dos não segurados.

Dito de outra forma o debate dominante nos documentos não é o de como garantir a universalidade, mas sim como fazer o possível com recursos escassos e desde logo sem questionar o ambiente criado por três décadas de hegemonia neoliberal que encolheram os estados, limitaram seu gasto social e destruíram os sistemas públicos e instalaram narrativas hegemônicas no campo das políticas sociais que foram reduzidas a focalizações e deslocaram o debate mais estrutural sobre o desenvolvimento e sua natureza social, econômica e política para substituir todo sentido das políticas sociais ao domínio da luta contra a pobreza e do desenvolvimento ao domínio do crescimento econômico via integração ao mercado global.

A narrativa sobre os pobres e a pobreza tem enorme vigência nos textos estudados, ignorando que os pobres são maioria numérica na escala mundial em muitos países e portanto a focalização termina por excluir em função do critério de pobreza e sua escala maior que os recursos, se perfila então uma ambivalência discursiva sobre um universalismo onde todos devem receber todos serviços com a imediata lembrança de que como não há recurso suficiente temos que focalizar nos mais pobres, com serviços *básicos ou essenciais*, onde a atenção primária (possivelmente seletiva e simplificada) ganha forte referência.

Nesta perspectiva o documento OMS A/66/24 é um primor no seu malabarismo de conceitos e definições, fala de tudo e não se compromete com nada.

Notável também como frente a uma clara falta de compromisso com a universalidade, integralidade e igualdade os documentos começam a refletir as demandas de grupos que têm grande poder de *lobby* como os da saúde de mulheres e crianças, indígenas, populações rurais, e os infalíveis pobres como recortes de população deixando de fora todos os que buscarão por sua conta assegurar-se no mercado, ou seja, os não pobres. Também ganha referência por força dos *lobbies* da indústria farmacêutica e biomédica as doenças não-transmissíveis, pois apesar da inegável necessidade de

enfrentamento desse problema de saúde pública mundial, prevalece nas referências uma lógica fragmentária centrada em programas verticais e financiamentos privados do filantropocapitalismo e dos estados para compor fundos para doenças não para sistemas de saúde, o que fortalece a dinâmica de *pooling* de recursos propostos pela UHC.

A universalidade de cobertura se traduz finalmente nos documentos como estar toda a população inscrita em alguma forma de seguro, daí a expressão Cobertura Universal em Saúde.

Importante ressaltar que em 2010 com a crise financeira já instalada muda o discurso inicialmente apresentado na declaração da OMS de 2005 onde a tônica era o fortalecimento dos sistemas de saúde para responder aos desafios da cobertura e do acesso, desafiando as inequidades, e se passa a colocar ênfase em 2010 na viabilidade / *affordability* da atenção à saúde mediante sistemas de pré-pagamento formando *pool* de recursos com ênfase no conceito de asseguramento.

De fato nesses quesitos impera a tendência a considerar para além das declarações políticas do direito dos indivíduos, o direito humano individual e não social, a atenção à saúde e inclusive as condições que definem a saúde e mesmo o direito à seguridade social / proteções sociais (discurso da OIT com reflexos mais fortes na OPAS do que na OMS, provavelmente por uma correlação de forças que reflete a posição de países da América do Sul e suas orientações políticas).

No que diz respeito à díade de integralidade x pacotes mínimos, este é um tema dos mais complexos, pois está dominado por um debate sobre o eficientismo e o custo x benefício, o custo x efetividade das ações a serem adotadas e os benefícios a serem garantidos, ao procurar estabelecer o limite da oferta genericamente estabelecida como serviços e ações essenciais ou básicas, o que fica claro é que essa oferta seria apenas para os que não podem arcar com suas próprias despesas ou pagar de forma autônoma seu seguro. Esta discussão evidente reflete a dicotomia expressa frente à díade de universalização x focalização e também define a tensão igualdade x equidade, onde os focalizados se submetem a um pacote de benefícios a serem estabelecidos e se possível normados em seu portfólio de garantias, mas sem compromisso de uma integralidade que se molde às necessidades sociais, de modo que o que vai ser ofertado tem o seu limite

estabelecido por uma discussão prévia sobre o que é possível de financiar através do *pool* de recursos pagos pelos usuários, pelos subsídios do estado e pelos doadores.

Debate difícil que os documentos não respondem de forma cabal, mas o que fica nas entrelinhas é que apesar das declarações pelo direito de todos ao que necessitam, teremos um limitador nos recursos orçamentários disponíveis e no interesse dos prestadores e dos asseguradores em prover o que for demandado. Lembrando que no marco hegemônico do neoliberalismo a ideia é reduzir o gasto social dos estados para aumentar a competitividade dos produtos em escala global.

Neste ponto fica mais claro (sobretudo nos documentos do Banco Mundial) como o subsídio para o seguro alimentará o subsídio para a demanda, não para a oferta, explicando também por que se abandona o debate sobre modelos de sistemas de provisão e proteção social no contínuo entre Bismarck e Beveridge e portanto o debate sobre a função garantidora de direitos do estado: se abandona porque a função de financiador e de gerente da competição que se atribui ao estado faz com que não se possa prescindir dele, mas não se quer que ele defina uma exigência que ultrapasse os interesses dos atores estratégicos da UHC – asseguradores e prestadores em um mix público – privado com muita força do setor privado nacional internacionalizado e prestadores externos, inclusive ONGs.

No documento da OMS A66/24 (2013) fica mais visível o limite de que estamos falando, quando se orça o gasto para os pacotes da UHC em U\$D 60, 00 per capita a ser alcançado em 2015, posto que em 2009 os países em questão dispunham de um per capita de U\$D 44,00.

Na mesma ONU A/67/L.36, se reflete o enfoque de controle vertical de doenças, combinado com a reiterada presença da atenção primária como referência dos serviços a prover (em que pese as declarações nos vários documentos que falam da provisão do que for necessário...). Uma convergência entre os documentos apresenta-se justamente nesta ideia de ter grupos humanos identificados em resposta por exemplo à saúde materno-infantil, ou doenças como malária, tuberculose e AIDS, ou ainda uma forma de resposta com a atenção primária como forma padrão de caracterizar o tipo de resposta a incluir na UHC. Adicionalmente a referência obrigatória ao Objetivos de Desenvolvimento do Milênio que são citados como metas e como tipos de avanços desejados no âmbito da UHC, fortalece um enfoque já dominante de pacotes de ações, serviços ou benefícios em

detrimento de uma abordagem integral, centrada no subsídio a oferta e assumindo a dinâmica de uma resposta que se configure conforme evoluem as próprias necessidades.

A conjunção de recursos assumidamente escassos com pacotes de benefícios essenciais ou básicos e pisos de proteção termina reificando um sistema propenso à seleção de riscos e a uma divisão social entre os que podem e os que não podem arcar com suas próprias necessidades. Trata-se de um paradoxo entre algo que poderia ser universal enquanto acesso, mas que se detém na cobertura financeira sem assumir a integralidade das necessidades no âmbito da provisão dos serviços.

Cabe destacar que os documentos do Banco Mundial analisados têm um outro foco de interesse, ainda que recolham em seus preâmbulos e diálogos os princípios apresentados pelos debates da OMS, ONU e OIT, eles se dedicam diretamente a discutir as formas pelas quais se pode materializar o financiamento e como seus efeitos podem ser medidos em termos de acesso a serviços e impacto na saúde. Como a diversidade de experiências batizadas a posteriori como UHC é realmente grande, fica difícil encontrar no documento da série UNICO qualquer certeza sobre a efetividade e mesmo a eficiência dos pressupostos das experiências analisadas. No entanto, fica evidente que o foco dos esforços do Banco não está na garantia do direito, mas sim na viabilização financeira de pacotes básicos de atenção para os mais pobres, organizando um sistema misto de asseguramento e prestações onde o papel do estado é de um reitor e financiador do sistema de seguros e prestação de serviços públicos e privados sob uma mesma disciplina de asseguramento financiado por uma pluralidade de modalidades e com variedade de benefícios conforme o status de asseguramento.

Ambos os documentos do Banco Mundial, na realidade documentos de grupos tarefa do Banco, ilustram o esforço feito pelo mesmo para legitimar a UHC via produção científica e sua oferta para as administrações dos países de um conjunto de ferramentas e estratégias para implantar a UHC.

Este esforço do Banco Mundial fala muito de sua trajetória como incidente nas políticas públicas e sociais nos últimos 40 anos e sua capacidade em absorver e cooptar discursos contra-hegemônicos e devolvê-los esterilizados para aplicação no campo da hegemonia. O discurso de combate à pobreza que vertebra todos documentos analisados é um discurso constituído e instrumentado no espaço do Instituto do Banco Mundial e que se

projetou como doutrina global, contando com um poderoso sistema de tanques de pensamento universitários e consultorias que reduziram a pobreza a fórmulas de mensuração e organização de programas para combater à pobreza, constituindo a *Pobretologia* como campo de conhecimento e práticas (Pereira, 2010).

No Documento da série UNICO (Banco Mundial, 2013) analisado, vemos como a intenção é avaliar a ajudar a desenvolver os cinco conjuntos de políticas assim descritas:

1. administrar os pacotes de benefícios;
2. administrar processos para incluir os pobres e vulneráveis;
3. desenvolver reformas que aumentem a eficiência das provisões de cuidado;
4. incorporar e resolver novos desafios na atenção primária à saúde;
5. desenvolver mecanismo para alinhar os incentivos de diferentes atores no setor saúde.

No documento da série UNICO (2013) e no documento de *Scaling Up Affordable Health Insurance: Staying the Course* (2013) o objetivo de organizar sistemas de asseguramento baseados em *pool* de recursos com seguros públicos e privados e ao mesmo tempo deslocar um debate sobre o estado que vá para além da função reitora e de arrecadador / financiador fica explícita.

Podemos ver como esse foco se desdobra no fracionamento do sistema entre agentes públicos e privados nos outros dois documentos do Banco Mundial que não foram aqui estudados e denominados *Health financing for poor people: resource mobilization and risk sharing* (Alexander S. Preker, Guy Carrin: The World Bank 2004) e um outro denominado *Private health insurance in Development: Friend or Foe?* (Alexander S. Preker, Richard M. Scheffler, Mark C. Bassett: TheWorld Bank 2007), demonstrando a linhagem das intervenções que o Banco vem patrocinando na esteira do debate de UHC.

Mas o mais chamativo nos trabalhos do Banco e também em documentos da OMS como o relatório de 2010 é a elasticidade dos *cases* de UHC; tudo passou a ser classificado como UHC, fazendo gala com a fluidez ou indefinição do conceito que se adapta plasticamente a qualquer melhora de cobertura ou acesso, com a intenção de colocar em cena um conjunto articulado de instrumentos e acordos técnicos e de financiamento, que permitem expandir e consolidar comunidades epistêmicas com papel de liderança nos espaços nacionais e nos fóruns globais; subitamente tudo está ocupado pela UHC de olho nos novos ODMs. Felizmente, há resistência consciente contra esses movimentos e vários

países, incluindo o Brasil, têm questionado essa pretensão e têm advogado pelo apoio aos sistemas universais para garantir vidas saudáveis ao longo de toda a vida.

Motivado pela notável ausência de referências claras sobre o papel dominante do estado e das suas opções na forma de sistemas de saúde e de proteções sociais em torno ao debate da UHC, parece útil discutir os achados com uma reflexão sobre elementos que podem ajudar a explicar essas ausências e suas motivações político-ideológicas e que caracterizam o perfil das comunidades epistêmicas dominantes.

Lembrando que segundo Polanyi (1980), embora pleiteando um livre mercado, o liberalismo econômico sempre reivindicou do Estado a garantia de regras que assegurem esse livre mercado e, portanto, atue na redução das proteções sociais que onerariam a produção e diminuiriam as virtudes de criar riqueza e acumulá-la na máxima intensidade possível.

Adicionalmente cabe lembrar a reflexão de Polanyi sobre o caráter de fé do liberalismo econômico, hoje herdado pela sua versão atualizada como neoliberalismo, onde apesar de suas falências e fracassos históricos esses sempre são explicados como decorrentes da falta de apoio para sua plena implementação e não como falhas intrínsecas às suas próprias características. Isto ajuda a entender que apesar dos fracassos históricos nas décadas recentes se volte a apresentar a focalização e os seguros para pobres como uma novidade travestida agora de UHC.

Para discutir esses achados nos documentos examinados e colocá-los em perspectiva de uma análise crítica, vale a pena visitar os trabalhos de Robert Cox e suas perspectivas neogramscianas nas relações internacionais, assim como os trabalhos de Thandika Mkandawire (2005) sobre desenvolvimento e políticas sociais, em particular a discussão sobre universalismo e focalização no combate à pobreza.

Bieler e Morton (2004) reivindicam o trabalho de Robert W. Cox nos anos 80, o qual inspirou-se nos trabalhos de Antonio Gramsci para estabelecer um debate sobre a hegemonia nas relações internacionais, afastando-se das correntes dominantes e adotando a perspectiva do materialismo histórico para entender a transformação social.

Sua atenção foi dirigida à forma como a crise econômica do capitalismo nos anos 70 foi conceitualizada e de que maneira informou os debates subsequentes sobre a globalização. Também fez um *survey* da teoria crítica de inspiração materialista histórica

sobre a hegemonia e as formas pelas quais o poder social no capitalismo e suas condições são reproduzidas, mediadas e contestadas. Contrastando com as correntes dominantes no estudo da hegemonia nas Relações Internacionais as quais desenvolvem uma teoria estática da política, uma concepção ahistórica e abstrata do estado e um apelo a uma validação universal, o trabalho de Cox nos anos 80 segue uma teoria crítica da hegemonia na ordem mundial e mudança histórica, questionando a ordem prevalecente no mundo e toma as instituições e as relações sociais e de poder perguntando-se sobre suas origens históricas e sobre seus possíveis processos de mudança. E sobre quais forças podem ter o potencial emancipatório para transformar a ordem prevalente.

Assume assim a perspectiva da teoria dialética da história que explora o passado e o contínuo processo histórico de mudança explorando o potencial para formas alternativas de desenvolvimento, particularmente a partir das possibilidades dialéticas de mudança e o caráter explorador das relações sociais, mediante uma contínua criação de novas formas.

O olhar convencional da teoria nas Relações Internacionais reduzem a hegemonia a uma expressão da dominação baseada na capacidade econômica e militar dos estados; o enfoque neogramsciano desenvolvido por Cox amplia o domínio da hegemonia a qual aparece como uma expressão de um consentimento amplamente adotado, o qual se manifesta pela aceitação de ideias e é sustentado por recursos materiais e instituições, o consentimento sendo inicialmente estabelecido por forças sociais que ocupam um papel de liderança dentro de um Estado, mas que depois podem se projetar em escala mundial.

Neste enfoque se coaduna com a perspectiva de Boaventura de Sousa Santos sobre as globalizações como localismos globalizados e abre uma discussão chave para entender como a UHC expressa a projeção de ideias geradas no marco hegemônico dos Estados Unidos e logo projetadas via organizações multilaterais onde exerce sua hegemonia de Estado e como expressão de interesses das empresas transnacionais que dominam sua política interna e externa.

Cox justamente destaca que a ordem mundial a situação de hegemonia pode prevalecer baseada na coerente conjunção ou ajuste entre a configuração material do poder, a prevalência de uma imagem coletiva de ordem mundial (incluindo algumas normas e onde a própria imagem e conceito liberal de direitos humanos e universalismo pode se

abrigar), e um conjunto de instituições que administram essa ordem com uma certa aparência de universalidade.

Nestas instituições podemos identificar para fins de nosso exercício aquelas que compõem o sistema das Nações Unidas como OMS, OIT e a Própria Assembleia Geral da ONU, além das instituições de Bretton Woods como o Banco Mundial. Nesses espaços a atuação de uma tecnocracia capaz de refletir e legitimar os interesses hegemônicos tece um discurso legitimador da ordem mundial hegemônica e legitima por sua vez as ideias que pretendem ser dominantes mediante sua representação em comunidades epistêmicas onde esses tecnocratas atuam como *experts* sustentados pela suposta autoridade e neutralidade que as instituições onde eles operam lhes confere, como podemos observar nos argumentos da obra *Rules of the World – International Organizations in Global Politics* de Michael Barnett e Martha Finnemore (2004).

Assim sendo, a autoridade das OIs deriva da sua *expertise*, a criação dessas organizações especializadas como burocracias capazes de lidar com problemas complexos amparados na opinião e conhecimento de especialistas e, então, proferir orientações e julgamentos, amparados na ideia de racionalidade que confere a aura dos especialistas. Profissionais acreditam que, na condição de repositórios do conhecimento socialmente validado, eles podem e devem ser acreditados. Isto ajuda a entender como e para que instituições do campo financeiro e econômico como FMI e Banco Mundial criam seus corpos de especialistas em políticas sociais para validar suas incursões estruturantes nos campos da saúde e educação, dentre outros. O poder moral do conhecimento permite construir a autoridade das OIs com uma aura de despolitização ou apoliticismo apresentado como um manto de neutralidade, onde os tecnocratas que são os experts assumem um ar de objetividade para além das disputas políticas, onde perfeitamente se estabelece um debate sobre evidências científicas desprovidas de contexto político e, portanto, isentas de narrativas históricas. O risco político que isto gera é importante, especialmente porque essa postura apolítica beneficie os interesses políticos hegemônicos em sua perpetuação e não explicitação.

Hegemonia é portanto uma ordem consensual de dominação, de modo que a dominação por um estado poderoso é uma condição necessária mas não suficiente para a hegemonia (Cox 1981). Entendida então a hegemonia como uma atividade que molda

opiniões, nossas considerações devem se voltar para entender como a hegemonia social ou ordem mundial é baseada em valores ou entendimentos que permeiam essa ordem (Cox 1992/1996). Temos então que entender como significados intersubjetivos – noções compartilhadas sobre as relações sociais – moldam a realidade. Realidade entendida não apenas como o ambiente físico da ação humana, mas também o contexto institucional, moral e ideológico que molda pensamentos e ações, infiltrando-se nas estruturas da sociedade, da economia, da cultura, gêneros, etnicidade, classe e ideologia (Cox 1997).

A hegemonia dentro de uma estrutura histórica está constituída em três esferas de atividade:

1. as relações sociais de produção, abarcando a totalidade das relações sociais nas suas formas materiais institucionais e discursivas que caracterizam a particularidade das forças sociais,
2. as formas do estado, consistindo nas contingências históricas dos complexos estado / sociedade civil, e
3. ordens mundiais, que não apenas representam fases de conflito e estabilidade, mas também permitem pensar sobre como formas alternativas de ordem mundial podem emergir.

As forças sociais como principais atores gerados pelas relações sociais de produção, operam entre e dentro de todas as esferas de atividade. Através do surgimento de forças sociais relacionadas a mudanças na produção ocorrem mudanças mutuamente reforçadas nas formas de estado e na ordem mundial. Qualquer das três esferas de atividade podem funcionar como ponto de início para explicar o processo histórico, o que permite classificar processos de renovação hegemônica ou de contra-hegemonia a partir da ordem mundial, dos estados ou das relações sociais de produção segundo qual esfera dispara o processo estudado. Em termos de um processo globalizado como a UHC seu impacto nas relações sociais de produção no setor saúde em um determinado país terá como via a forma como o estado incorpore essa orientação e como esta seja instalada e gere ou empodere as forças sociais envolvidas.

No caso de países já fragilizados em seus serviços públicos e dependentes da ajuda externa para financiar sua saúde, as forças sociais que se fortaleceram serão provavelmente aquelas instaladas nas seguradoras e nos prestadores privados, sejam empresas, ONGs ou

mutuais, as quais se beneficiariam do desenho de um sistema onde o estado é estimulado a ser reitor / *steward* e financiador para os muito pobres e canalizador de recursos dos que podem contribuir via *pool* de pré-pagamentos ou coleta de impostos no caso de seguros públicos mas com mix de prestadores.

Dentro de cada uma das três esferas de atividade e de forma reciprocamente combinada existiriam elementos que constituiriam uma estrutura histórica:

1. ideias – entendidas como significados intersubjetivos assim como imagens coletivas da ordem mundial,
2. capacidades materiais – referida como recursos acumulados, e
3. instituições, que são amálgamas dos dois elementos prévios e são meios de estabilizar uma ordem particular (Cox 1981).

A intenção é quebrar ao longo do tempo estruturas históricas coerentes, compostas por diferentes padrões de relações sociais de produção, formas do estado e ordem mundial que existem dentro do modo capitalista de produção (Cox 1987).

A produção referida deve ser entendida para além da produção de bens físicos para uso ou consumo, cobrindo também a produção e reprodução do conhecimento e das relações sociais morais e instituições que são pré-requisitos para a produção de bens físicos.

É na produção e reprodução de conhecimentos que se situa esta luta contínua pela disputa dos elementos ordenadores do debate global a partir da naturalização em escala mundial de modelos de asseguramento e prestação em saúde (as capacidades materiais e instituições mencionadas), como vemos nesse esforço legitimador em torno da UHC, servindo-se de um discurso genérico sobre direitos humanos, mas logo mergulhando na focalização com definição de benefícios segundo capacidade de pagamento individual na forma de pré-pagamento em *pools* apresentado como fórmula de segurança contra o empobrecimento pela doença.

Os fundos de recursos propostos no contexto da UHC podem reintroduzir com força na agenda mundial os conceitos de *managed care* e *managed competition* em nome de um máximo benefício e grande eficiência entre asseguradores públicos e privados e prestadores públicos e privados. O impacto desse movimento pode ser o de consolidar uma nova forma de produção social da saúde nos países, constituindo formas não transitórias em direção ao universalismo, mas sim novos campos de forças sociais ligadas ao capital nacional

transnacionalizado e presente nos blocos históricos de poder dos países; isto contribuiria para consolidar o que hoje é uma hegemonia de ideias em uma hegemonia consolidada em formas de produção social da saúde no campo do neoliberalismo.

Esta perspectiva afetaria fortemente a possibilidade de instalar os direitos humanos com potencial emancipador na agenda mundial, primeiro por introduzir uma fórmula global – a UHC – e assim destruir as possibilidades de um cosmopolitismo afirmativo de bens públicos em escala nacional e global.

Além disso, retomando a reflexão de Navarro referida na revisão de Stuckler (2010), o fato de uma sociedade e estado adotarem um caminho de fato universalista marca uma rota que será construída com essa perspectiva; ao adotar um falso “universalismo”, como apontam as ideias subjacentes da UHC, estaríamos engajando sociedades em rotas que não conduzem ao universalismo, mas a sistemas segmentados entre pobres e não pobres com estados mediadores de interesses privados no mercado da saúde.

O custo histórico dessa inflexão pode ser muito alto, e faz da opção da UHC algo que não pode ser absorvido como orientação tecnocrática, mas sim como renovação estratégica amplificadora e persistente do marco hegemônico neoliberal.

Lembrando o caminho proposto por Gramsci e retomado por Cox, o contexto nacional é o único lugar onde um bloco histórico pode ser constituído e onde a tarefa de construir novos blocos históricos, como base para a contra-hegemonia para transformar a ordem mundial, deve começar.

Não esquecer ainda que os interesses do capital são representados por classes sociais e frações de classe em arranjos de conciliação, cooptação e dominação no âmbito dos estados e que, portanto, os interesses do capital transnacional são representados no espaço nacional, daí a importância da luta nacional no enfrentamento da ordem hegemônica mundial e a consequente possibilidade de interferir nessa ordem.

Não olvidando nunca que o debate passa por uma disputa de ideias e que esse enfrentamento demanda consistência de comunidades epistêmicas fundadas na contra-hegemonia, para a qual uma leitura radical dos direitos humanos e sociais pode ser vertebradora se responder aos requisitos propostos por Boaventura dos Santos (1997).

Thandika Mkandawire (2005) nos ajuda a entender por onde passa o debate entre universalismo e focalização e a forma algo desconectada em que se dá o discurso

hegemônico em torno ao tema, particularmente na sua relação com o combate à pobreza, ilação que acompanha de forma sistemática o discurso em torno à UHC e sua orientação e pretendido potencial de combater à pobreza.

Thandika destaca que uma característica notável do debate sobre focalização e universalismo é que há uma insistência em adotar a focalização, mesmo com as evidências empíricas sugerindo que ela não funciona e a sofisticação de análise e intervenção que se exige para identificar e alcançar os pobres seria muito cara e demanda capacidades que a maioria dos países em desenvolvimento não possui. Neste caso o universalismo seria mais barato como processo e como resposta de coesão social e identidade nacional.

Um fenômeno interessante, segundo Thandika, é que as metas internacionais são declaradas em termos universalistas – educação para todos, atenção primária para todos, porém os meios para atingir essas metas são altamente seletivos e focalizados – como tivemos a oportunidade de ver nos documentos que orientam o caminho de aplicação da cobertura universal em saúde.

Enquanto nos anos 60 e 70 as políticas universalistas predominavam, desde os anos 80 a focalização passou a preponderar nos países desenvolvidos e nos países em desenvolvimento. Nos desenvolvidos foi o trânsito de *welfare* para *workfare*, com pressões crescentes para diminuir os beneficiados e vincular a proteção ao trabalho formal e seu caráter contributivo. Para estreitar os critérios de proteção se inventaram um sem número de fórmulas de restrição dos benefícios e dos beneficiados. Nos países em desenvolvimento as restrições foram derivadas de ajustes macroeconômicos e políticas de ajuda, conferindo à pobreza a centralidade do discurso oficial.

Ideologias jogam um papel fundamental na escolha dos instrumentos usados para enfrentar os problemas de pobreza, iniquidades e insegurança social. Cada uma das preocupações centrais da política social – necessidades, merecimento e cidadania – são constructos sociais que derivam do significado das definições culturais e ideológicas dos “pobres que merecem”, a titularidade de direitos, ou os direitos cidadãos.

A escolha entre focalização e universalismo está contida no debate da eficiência alocativa dos recursos submetida a restrições orçamentárias e exigências da globalização; o que está hoje em debate é a questão fundamental sobre os valores das políticas e suas

responsabilidades para com todas as pessoas, daí a relevância de perguntar-nos se a UHC pode ser um avanço ou um retrocesso na luta pelo direito humano e social à saúde.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há uma racionalidade prática que orienta essa renovação hegemônica dentro do pêndulo de Karl Polanyi, uma hegemonia afastada de uma materialidade cabal dos direitos humanos, mas que usa esse discurso de legitimação, de um novo universalismo.

Esta racionalidade prática tem que ver com a necessidade de enfrentar as tensões sociais derivadas da acumulação assimétrica de riqueza no capitalismo e especialmente no neoliberalismo financeiro, mas que se utiliza da criação de mercados consumidores nacionais para ampliá-los e buscar legitimação via políticas públicas de subsídios, via fundos que apoiam o sistema de seguros e buscam garantir via focalização um conjunto de serviços essenciais disponibilizados na carteira da cobertura universal e que ocupam o espaço vazio ou insuficiente da oferta pública, seduzindo os asseguradores privados e os seus prestadores pelos recursos que os estados e os interessados doadores internacionais, incluindo os filantropistas, direcionaram para as intervenções verticais associadas ao guarda-chuva da UHC.

Temos que densificar o debate nacional e internacional, apostar no posicionamento nacional como forma de se projetar na ordem mundial através do desenvolvimento das contradições de ideias que geram o próprio marco da UHC.

Ou seja, o que a UHC propõe carrega a força da contradição entre realidade e projeto de dominação hegemônica, que faz com que sua legitimação apontada no próprio projeto da UHC esteja aberta a contestações; justifica-se, portanto, a perspectiva de guerra de posições e, nesse movimento de pêndulo, aproveitar a necessidade de legitimação social da hegemonia para explorar suas contradições

Frente à pergunta formulada no título deste trabalho – se a UHC seria avanço ou retrocesso na luta pelos direitos humanos e sociais à saúde, responderia que ela procura avançar o projeto hegemônico, mercantilizado e despolitizado, tecnocraticamente dominado e marcado pelos interesses de mercado em época de crise e renovação hegemônica obstaculizando a conquista dos direitos.

Mas justamente aí se abre a possibilidade da construção da contra-hegemonia, explorando a contradição da própria formulação dominante, enfrentando as comunidades

epistêmicas dominantes através de uma análise sistemática e propondo nos campos de legitimação nacional - seja nos parlamentos, nos executivos e, sobretudo, nos espaços de reprodução das forças sociais que compõem a hegemonia na sociedade civil, na sociedade política e no estado nacional, de maneira a construir no campo das definições políticas e técnicas o resgate do potencial contra-hegemônico que deriva das contradições latentes no próprio projeto hegemônico, qual seja, o de não poder cumprir cabalmente os princípios fundamentais do direito humano à saúde - universalidade, integralidade e igualdade - e, portanto, criar novas segmentações sociais.

Essas contradições podem e devem ser exploradas na disputa política em torno ao desenvolvimento, a organização da institucionalidade das proteções sociais com universalidade e portanto nas disputas em torno à definição do estado e suas funções.

Entendendo com mais profundidade os debates propostos por neogramscianos como Robert W. Cox e assim entendendo a complexidade do exercício da hegemonia e da contra-hegemonia propostas por Gramsci, no pêndulo histórico de Polanyi, nos aportes sobre os regimes de globalização e os direitos humanos propostos por Boaventura Santos e nas reflexões sobre as políticas sociais e desenvolvimento propostas por Mkandawire, podemos apontar um caminho de educação e ação política condizentes com uma construção de forças sociais dotadas de poder, o poder das ideias no marco de uma novo processo de produção social da saúde e da seguridade social. Podemos e devemos construir comunidades epistêmicas orientadas a construir uma contra-hegemonia em favor do direito humano e social em escala global com suas consequências no campo das forças sociais vinculadas à produção e às novas formas de estado e ordem global que lhe correspondem.

Pode parecer ufana e algo ilusória esta conclusão, mas ela reflete justamente o poder que o pensamento, que as ideias têm na construção da realidade existente e a realidade que pode existir a partir das contradições da hegemonia que molda esta realidade atual.

8. RECOMENDAÇÕES

Em termos de uma agenda política para lidar com o exercício da hegemonia em torno à UHC, seria essencial resgatar um debate nacional e regional radical sobre os direitos humanos e sociais aplicados ao tema da saúde, no contexto de um sistema de proteções sociais com ambições redistributivas e como peça constitutiva de um projeto de desenvolvimento que explicita suas formas de produção social.

Isso requer um debate nos âmbitos nacionais provocando a densificação política dos documentos internacionais e das leis e normas nacionais, onde o debate no parlamento ganha especial interesse, sempre e quando incorpore mecanismos de democracia participativa e se oponha aos mecanismos do novo constitucionalismo e sua democracia de baixa intensidade (Gill 1992), além é claro da disputa no espaço dos executivos e dos judiciários. Mas lembrando que a disputa hegemônica se dá fundamentalmente na correlação no interior da sociedade civil e nas suas projeções hegemônicas no estado e na composição do bloco histórico dominante, correlação de forças sociais que definem a sociedade política e o próprio estado.

O caminho de enfrentar o significado de políticas sociais redistributivas de riqueza e poder orientadas pelos direitos humanos e sociais, e assim disputar o conceito de desenvolvimento sustentável e de produção com distribuição da riqueza, parecem ser os caminhos para um triângulo virtuoso, sendo que no centro do mesmo estão os direitos humanos com a função emancipatória e cumprindo as condicionalidades reclamadas por Boaventura.

Enfrentar a hegemonia significa compor novas narrativas, novo arranjo de conhecimentos no âmbito internacional e nacional, sem perder a referência de metas nacionais a partir de metas mundiais já alcançadas, o melhor desempenho da humanidade.

No âmbito da política global, a construção de correlações de forças favoráveis na relação entre estados nos fóruns internacionais depende da qualificação das intervenções no espaço das OIs com uma necessidade de compor tanques de pensamento e coalizões epistêmicas capazes de contrapor-se no terreno das ideias e suas derivações aos exercícios hegemônicos. A desconstrução do pensamento único em torno ao sistema de financiamento

da saúde é fundamental para quebrar o argumento economicista que deu origem à UHC, para tanto há que se produzir pesquisas no campo da universalidade como contraponto ao que vimos em iniciativas como a do BM na série UNICO e nos esforços da Fundação Rockefeller, resgatando a iniciativa crítica propulsora da I Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social, realizada em Brasília em dezembro de 2010.

Entender as comunidades epistêmicas em suas gêneses, discursos e formas de construção de hegemonia é tarefa que fica para um esforço maior que esta dissertação e exige uma linha de pesquisa, um grupo de pesquisa articulado sobre a política global e a seguridade social ou as proteções sociais, a hegemonia e os potenciais de construção da contra-hegemonia, estudando os heterogêneos atores da sociedade civil, os estados, o espaço interestatal e o impacto dos tanques de pensamento dentro e fora das instituições de Bretton Woods, os tanques acadêmicos e seus perfis, as redes globais de ONGs, as organizações sindicais, as organizações religiosas e acadêmicas, para ver quem e como geram os pensamentos que lideram estas coalizões, comunidades ou alianças epistêmicas e como operam para incidir nos processos globais de decisão.

A complexidade que este exercício de projeto descortinou merece uma atenção maior e seu desdobramento como uma linha de pesquisa sustentada para além de entender melhor as ideias e as narrativas que dominam hegemonicamente o campo da saúde global; está claro que é necessário armar-se de um conjunto de instrumentos capazes de analisar politicamente as alternativas no campo do direito, da economia, da sociologia, da filosofia e de suas projeções no campo da luta social e na construção de comunidades epistêmicas capazes de reflexão e ação.

Tal perspectiva pode ser um espaço de renovação no próprio campo dos direitos humanos, aproximando-o de um debate cada vez mais poderoso politicamente e talvez satisfazendo os requisitos que Boaventura de Sousa coloca para que os direitos humanos preencham sua função emancipatória, cosmopolita e de defesa dos bens comuns.

Precisamos apropriar as teorias capazes de entender como se produz e reproduz esta complexa construção hegemônica da ordem mundial.

Ao vislumbrar características ideológicas que identificam comunidade epistêmicas em ação nos espaços das Organizações Internacionais - OIs e com reflexo em um campo de grande uniformidade como perfil ideológico, o próximo passo seria rastrear essas comunidades epistêmicas atribuindo-lhes identidade institucional e afiliações aos grupos de estados, empresas transnacionais, universidades e tanques de pensamento, esmiuçando ademais os espaços de formulação das OIs e de instituições como Banco Mundial, FMI e OCDE. Seria possível inclusive pensar em um modelo viral para entender latências e épocas de expansão e as formas de contágio das ideias que formatam o campo hegemônico e o renovam periodicamente em sua tensão com as forças que cooptam ou com as quais estabelecem beligerância nos espaços nacionais e mundiais.

Construir mapas conceituais que relacionem as ideias força seria outra forma de identificar os constructos ideológicos e relacioná-los com sua evolução histórica e suas expressões globais e regionais / nacionais, mapeando os esforços de tradução das mensagens hegemônicas.

Finalmente seria útil explorar essas comunidades epistêmicas em sua expressão no campo da saúde brasileira tanto no âmbito nacional como em sua projeção na ordem global, pois me parece grande a dificuldade que temos para inscrever nosso sistema de saúde no quadro comparativo dos sistemas de saúde e mais ainda em termos de um sistema que almeja a universalidade a partir da complexidade e contradições de suas próprias políticas econômicas e sociais.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADLER, E. and HASS P. M. **Conclusion: Epistemic Communities, World Order, and the Creation of a Reflective Research Program.** *International Organization*. Vol. 46. No. 1. Winter. MIT Press, 1992. P. 367-390.

BARNETT, M. and FINNEMORE, M. **Rules for the World. International Organizations in Global Politics.** 2004. Ithaca and London: Cornell University Press, 226 PP.

BIELER, A. and MORTON, A.D. **A critical theory route to hegemony, world order and historical change: neo-Gramscian perspectives in International Relations.** *Capital & Class*. Spring 2004 28: 85-113.

COX, R.W. **Social Forces, States and World Order: Beyond International Relations Theory.** *Millennium Journal of International Studies*, 10 (2): 126-55. 1981.

COX, R.W. **Production, Power and World Order: Social Forces in the Making of History.** New York: Columbia University Press. 1987.

COX, R.W. **Towards a Post Hegemonic Conceptualization of World Order: Reflections on the Relevancy of Ibn Khaldun,** in Robert W. Cox and Timothy J. Sinclair, *Approaches to World Order*. Cambridge: Cambridge University Press. 1992/1996.

COX, R.W. **Reconsiderations,** in Robert W. Cox (ed.) *The New Realism: Perspectives on Multilateralism and World Order*. London: Macmillan. 1997.

FIORI, J. L. **Geopolítica e Classes Sociais**. 2013. Disponível em: <<http://www.poderglobal.net>>. Acesso em: 25 abr. 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1996.

GILL, S. (ed). **Gramsci, historical materialism and international relations**. Cambridge: Cambridge University Press, 1993. 26 v.

GOLDSTEIN, J.; KEOHANE, R. (Ed.). **Ideas and foreign policy: beliefs, institutions and political change**. Ithaca [N.Y.]: Cornell University Press, 1993.

GRAMSCI, A. **Cadernos do Cárcere**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

GWATKIN, D.R.; ERGO, A. **Universal health coverage: friend or foe of health equity**. The Lancet, Londres, v.377, p. 2160-1, 2011.

HAAS, P.M. **Introduction: epistemic communities and international policy coordination**. International Organization, Cambridge, v. 46, n. 1, p. 1-35, 1992.

KUTZIN, J. **Anything goes on the path to universal health coverage?** No. WHO Bulletin online first, Genebra. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/online_first/12-113654.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2014.

LAGOMARSINO, G. et. al. **Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia**. The Lancet, Londres, v. 380, p. 933-43, 2012.

MKANDAWIRE, T. **Targeting and Universalism in Poverty Reduction**. Social Policy and Development. UNRISD. Geneva. Program Paper Number 23. December 2005.

MORENO-SERRA, R.; SMITH, C P. **Does Progress Towards Universal Health**

Coverage Improve Population Health? The Lancet, Londres, v. 380, n. 9845, p. 917-923, 2012.

OIT. **Piso de Proteção Social para uma Globalização Equitativa e Inclusiva**[online]. Genebra, Organização Internacional do Trabalho, 2011. Disponível em: <http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/pub_relatabachelet.pdf>. Acesso em 26 de set. 2014.

OIT. **Recomendação R202. Recomendação sobre os Pisos de Proteção Social** [online]. Genebra, Organização Internacional do Trabalho, 2012. Disponível em: <http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:3065524,es>. Acesso em 26 de set. 2014.

OMS. **Financiamento dos Sistemas de Saúde: o caminho para a cobertura universal, Relatório Mundial da Saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf>. Acesso em: 26 de set. 2014.

OMS. **64.^a Asamblea Mundial de la Salud. WHA64.9. Estructuras de financiación sostenible de la salud y cobertura universal**. [online]. 2011. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64-REC1/A64_REC1-sp.pdf>. Acesso em 26 de set. 2014.

OMS. **66.^a Asamblea Mundial de la Salud. A/66/24. Cobertura sanitária universal: informe de la Secretaría**. Ginebra: Naciones Unidas. [online]. 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_24-sp.pdf>. Acesso em: 26 de set. 2014.

ONU. **A/67/L.36. Salud mundial y política exterior** [online]. Ginebra: Naciones Unidas, 2012. Disponível em: <http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/67/L.36&referer=http://www.un.org/en/ga/info/draft/index.shtml&Lang=S>. Acesso em: 26 de set. 2014.

ONU. **A/68/L.98. Salud mundial y política exterior** [online]. Ginebra: Naciones Unidas, 2013. Disponível em: <<http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/68/98>>. Acesso em: 26 de set. 2014.

OPAS/OMS. **Resolução CD52.R11. Proteção Social em Saúde**. [online]. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, 2013. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8833&Itemid=40033&lang=pt>. Acesso em: 26 de set. 2014.

PEREIRA, J.M.M. **O Banco Mundial e a construção político intelectual do “combate à pobreza”**. Topoi, v. 11, N. 21, jul-dez. 2010, p. 260-282.

PHM. **Open Letter to the Distinguished Delegates to the 66th World Health Assembly**. 2013. Disponível em: <[http://www.ghwatch.org/sites/www.ghwatch.org/files/PHM\(130519\)OpenLetter2Delegates2WHA66.pdf](http://www.ghwatch.org/sites/www.ghwatch.org/files/PHM(130519)OpenLetter2Delegates2WHA66.pdf)>. Acesso em: 1 jul. 2013.

PINTO DE FARIA, C. A. **Ideias, Conhecimento e Políticas Públicas**. RBCS, 2003. Vol.18, n.51. Fev. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbcsoc/v18n51/15984.pdf>>. Acesso em 25 de abr. 2014.

POLANYI, K. **A Grande Transformação**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1944 [1980]. p. 164.

VAN DE PAS, R. **The Political Context of Universal Health Coverage**. Medicus Mundi International Network News. February 2013. Disponível em: <http://www.medicusmundi.org/en/mmi-network/documents/newsletter/201302>. Acesso em 25 de abr. 2014.

SACHS, J. **Achieving universal health coverage in low-income settings**. The Lancet,

Londres, v. 380, n. 9845, p. 944-947, 8 Set. 2012.

SAVEDOFF, W.D. et. al. **Political and economic aspects of the transition to universal health coverage**. The Lancet, Londres, v.380, n. 9845, p. 924-32, 2012.

SEKHRI, N.; SAVEDOFF, W. **Private Health Insurance: Implications for Developing Countries**. Geneva: Bulletin of the World Health Organization, v.83, p. 127-138, 2005.

SOUSA SANTOS, B. **Por uma Concepção Multicultural de Direitos Humanos**. Revista Crítica de Ciências Sociais, n. 48, Jun.1997.

STUCKLER, D. et. al.: **The political economy of universal health coverage**. Background paper for the Global Symposium on Health Systems Research. World Health Organization, Geneva. 2010. Disponível em: <<http://www.pacifichealthsummit.org/downloads/UHC/the%20political%20economy%20of%20u%20hc.PDF>>. Acesso em: 1 Jul. 2013.

The High Level Dialogue on Health in the Post-2015 Development Agenda: Gaborone, 4-6 March 2013, Meeting Report. Disponível em: <<http://www.worldwewant2015.org/file/320271/download/348522>>. Acesso em: 22 Mar. 2013.

THE LANCET. **Health and the post-2015 development agenda**. The Lancet, Londres, v. 381, n. 9868, p.699, 2013.

UNGA. **Social Protection and Universal Health Coverage**. UNGA resolution, December 2012. Disponível em: <www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/67/L.36>. Acesso em: 25 Abr. 2014.

VACCA, G. **Guerra de Posição e Guerra de Movimento. Gramsci e o Brasil.** Disponível em: <<http://www.acesa.com/gramsci/?page=visualizar&id=643>>. Acesso em: 25 Abr. 2014.

WHO topic page: **Universal Health Coverage. 2012.** Disponível em: <www.who.int/universal_health_coverage/en/index.html>. Acesso em: 25 Abr. 2014.

WHO. **Positioning health in the post-2015 development agenda.** WHO discussion paper, October 2012. Disponível em: <www.worldwewant2015.org/file/279357/download/302852>. Acesso em: 25 Abr. 2014.

WHO. **Universal health coverage. Report by the WHO Secretariat to the 66th World Health Assembly, 22 March 2013.** Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_24-en.pdf>. Acesso em: 25 Abr. 2014.

WHO. WORLD BANK. **Ministerial-level Meeting on Universal Health Coverage 18-19 February 2013.** Geneva: The World Health Organization, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2013/uhc_who_worldbank_feb2013_background_document.pdf>. Acesso em: 25 Abr. 2014.

WORLD BANK. **Scaling up affordable health insurance: staying the course.** [online]. Washington DC: The World Bank, 2013. Disponível em: <<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13836>>. Acesso em: 29 Set. 2014.

WORLD BANK. **UNICO Studies Series 25. The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence** [online]. Washington DC: The World Bank, 2013. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Images/IMPACTofUHC_SchemesinDevelopingCountries-AReviewofExistingEvidence.pdf>. Acesso em: 26 Set. 2014.

WORLD BANK. **Universal Health Coverage.** 2013. Including 22 country studies

"analyzing the nuts and bolts of programs that have expanded health coverage from the bottom up." Disponível em: <<http://web.worldbank.org>>. Acesso em 25 Abr. 2014.