

Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias

Universal health system and universal health coverage: assumptions and strategies

Ligia Giovanella¹
Adriana Mendoza-Ruiz¹
Aline de Carvalho Amand Pilar¹
Matheus Cantanhêde da Rosa¹
Gabrieli Branco Martins¹
Isabela Soares Santos¹
Danielle Barata Silva¹
Jean Mendes de Lucena Vieira¹
Valeria Cristina Gomes de Castro¹
Priscilla Oliveira da Silva¹
Cristiani Vieira Machado¹

Abstract *In recent years the international debate about universality in health has been marked by a polarization between ideas based on a universal system, and notions proposing universal health coverage. The concept of universal coverage has been disseminated by international organizations and has been incorporated into health system reforms in several developing countries, including some in Latin America. This article explores the assumptions and strategies related to the proposal of universal health coverage. Firstly, a comparison is provided of the models of universal health coverage and universal health systems. This is followed by a contextualization of the international debate, including examples of different health systems. Finally, the implications of the proposal of universal coverage for the right to health in Brazil are discussed. The analysis of different concepts of universality and the experiences of different countries shows that health insurance-based models, either social or private, are not as satisfactory as public, universal health systems. Greater understanding about ongoing international projects is essential in order to identify the possibilities represented by the consolidation of the Unified Health System (SUS) in Brazil, as well as the risks of dismantling the SUS.*

Key words *Universal health systems, Universal health coverage, Health reforms, Right to health, Unified Health System (SUS)*

Resumo *Nos últimos anos, acirrou-se o debate internacional sobre diferentes concepções de universalidade em saúde, polarizado nas propostas de sistema universal versus cobertura universal em saúde. A concepção de cobertura universal tem sido difundida por organizações internacionais e incorporada às reformas dos sistemas de saúde de alguns países em desenvolvimento, inclusive na América Latina. O artigo explora os pressupostos e as estratégias relacionados à proposta de cobertura universal de saúde. Inicialmente contrastam-se as concepções de universalidade nos modelos de cobertura universal e de sistemas universais de saúde. A seguir, contextualiza-se o debate internacional, incluindo exemplos de diferentes sistemas de saúde. Por fim, discutem-se as implicações da concepção de cobertura universal para o direito à saúde no Brasil. A análise das diferentes concepções de universalidade e das experiências de países evidenciam que arranjos de seguros (privados ou sociais) não superam as fortalezas de sistemas públicos universais de saúde. A compreensão dos projetos em disputa no cenário internacional é fundamental para identificar possibilidades e ameaças à consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil.*

Palavras-chave *Sistemas universais de saúde, Cobertura universal em saúde, Reformas de sistemas de saúde, Direito à saúde, Sistema Único de Saúde*

¹ Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. giovanel@ensp.fiocruz.br

Introdução

Nos últimos anos, acirrou-se o debate internacional sobre diferentes concepções de universalidade em saúde, polarizado nas propostas de sistema universal (*universal health system-UHS*) versus cobertura universal em saúde (*universal health coverage-UHC*).

A concepção de cobertura universal tem sido difundida por organizações internacionais como o Banco Mundial (BM) e a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁻³ e incorporada em resoluções da Organização das Nações Unidas⁴.

Há dubiedade quanto ao significado da universalidade na proposta de UHC. Nos países europeus, em geral universalidade se refere à cobertura pública de sistemas nacionais, sob designações como *universal health care* ou *universal health systems* (UHS). Para países em desenvolvimento, o termo *universal health coverage* (UHC) é empregado em referência à cobertura por serviços básicos⁵, ou por cobertura de seguros de saúde, públicos ou privados⁶⁻⁸, indicando ênfase no subsídio à demanda, em detrimento da construção de sistemas públicos universais.

Na América Latina, permanecem disputas entre propostas para alcançar a universalidade em saúde, que envolvem diferentes concepções sobre direito à saúde e papel do Estado na proteção social. O Brasil é o único país capitalista da região que adotou um modelo de sistema público universal desde 1988. Embora a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) tenha sofrido constrangimentos e contradições, o reconhecimento da saúde como direito de cidadania e a expansão de serviços públicos trouxeram avanços importantes. Outros países latino-americanos seguiram caminhos distintos de reformas na saúde, alguns com incorporação de princípios condizentes com a proposta de cobertura universal, sob formas variadas.

O artigo explora os pressupostos e estratégias relacionados à proposta de cobertura universal de saúde e suas possíveis consequências para o caso brasileiro. Inicialmente contrastam-se as concepções de universalidade nos modelos de UHC e de UHS. A seguir, busca-se contextualizar o debate internacional, incluindo exemplos de diferentes sistemas de saúde. Por fim, discutem-se as implicações da concepção de cobertura universal para o direito à saúde no Brasil. Assume-se que a compreensão dos projetos em disputa no cenário internacional é fundamental para identificar possibilidades e ameaças à consolidação do SUS no Brasil.

A concepção de cobertura universal no contexto internacional

Cobertura universal de saúde (UHC) é um termo ambíguo que tem levado a diferentes interpretações e abordagens por parte das autoridades sanitárias nacionais, organizações governamentais e não governamentais, especialmente nos países em desenvolvimento. As implicações dessa ambiguidade e da assunção dos princípios da cobertura universal para o direito à saúde vêm sendo analisadas na literatura^{6,7,9,10}.

No âmbito internacional, a concepção de cobertura universal foi moldada no período 2004-2010, por meio de relações entre a OMS, a Fundação Rockefeller e o BM, congregando um conjunto de diretrizes das reformas pró-mercado como redução da intervenção estatal, seletividade e focalização nas políticas de saúde¹⁰. Em 2005, a Assembleia da OMS aprovou a resolução 58.33 “Financiamento sustentável da saúde: cobertura universal e seguro social de saúde”¹¹. Todavia, o debate mundial em torno do tema ganhou visibilidade com a publicação em 2010 do relatório sobre Financiamento¹. Com base neste relatório, em 2011, a Assembleia da OMS aprovou resolução sobre financiamento sustentável e UHC¹², que instou os países a garantir que o financiamento da saúde evite pagamentos diretos das famílias no ato de uso (*out-of-pocket_OOP*), recomendando contribuições financeiras antecipadas como forma de compartilhamento de riscos, a fim de prevenir “gastos catastróficos” com saúde geradores de empobrecimento¹².

A questão do financiamento é central na proposta de UHC, que incentiva o aumento da participação privada no financiamento setorial e a expansão do mercado privado em saúde, como se observa nos argumentos difundidos pela Fundação Rockefeller em defesa da UHC: “grande proporção da população está disposta a pagar por serviços de saúde do setor privado” e “fortes agentes do mercado (indústria farmacêutica, empresas prestadoras, companhias de seguro) pressionarão para que haja aumento de financiamento público e privado, especialmente quando os países de média e baixa renda adotam políticas para financiar seguros de saúde como um meio para a UHC” (tradução livre)¹³. Nesse sentido, é plausível supor que o interesse econômico por trás da saturação do mercado de seguro privado de saúde na Europa e EUA e a crise econômica de 2008 tenham influenciado a concepção de UHC, na busca de clientela para esse mercado em países com grandes economias, como Brasil, Índia e África do Sul.

As ambiguidades da concepção da universalidade na proposta de UHC são notadas nas mudanças dos conceitos e abordagens relacionados com o financiamento em saúde em documentos oficiais da OMS. No Relatório Mundial de Saúde 2008, o nível da universalidade dizia respeito à proporção de despesas cobertas por fundos públicos e o caminho para universalidade seria reduzir a participação dos usuários nas despesas por meio da ampliação de gastos públicos¹⁴. Em documentos posteriores o indicador chave “proporção de gasto público em saúde”¹⁴ foi substituído por expressões como fundos compartilhados, fundos comuns correntes¹, recursos captados até o momento e mecanismos de cobertura². O financiamento público perde importância e a estratégia passa a ser a redução de gastos diretos por meio da compra de seguros de saúde privados ou seguros subsidiados para pobres^{1,2} (subsídio à demanda). Ou seja, a forma para avançar em direção à cobertura universal deixa de ser a ampliação do financiamento público¹⁴ correspondente ao *universal health care*: a sistemas nacionais de saúde de acesso universal e financiamento público (subsídio à oferta).

Na região das Américas, a ênfase na cobertura por seguro e a indistinção entre cobertura e acesso na proposta da OMS foi questionada por parte dos países com iniciativas de construção de sistemas universais de saúde (inclusive Brasil). A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) realizou consulta aos Estados Membros e aprovou resolução em 2014 que ampliou a concepção, ao incorporar a garantia de acesso a serviços de saúde e mencionar o direito à saúde¹⁵, passando a difundir “Saúde universal” para designar a estratégia a ser implementada na Região.

Com a ampliação do debate internacional, em 2015, a cobertura universal foi incorporada na Agenda 2030 como meta de um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). A meta 3.8 do ODS 3 “Saúde e Bem-estar” é “atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos”⁴.

Os indicadores definidos pelo BM e OMS em 2017 para monitorar a meta 3.8 e acompanhar a evolução da cobertura centram-se em despesas *out-of-pocket* (proporção da população que incorre em gastos catastróficos, definidos como elevada despesa em saúde *no ato do uso* como proporção da renda doméstica) e sugerem uma cesta mínima de serviços incluídos no proposto “índice de serviços essenciais”³.

A escolha desses indicadores desconsidera que pagamentos de planos privados de saúde também podem ser catastróficos, e que em situação de pobreza não há disponibilidade para gastos em saúde. Ademais, a evidência científica mostra que quanto maior for o investimento no sistema público, menor será a participação do gasto privado catastrófico no financiamento setorial.

O índice de serviços essenciais centra-se no grupo materno infantil e de doenças infecto-contagiosas e, ainda que inclua prevalência de diabetes e hipertensão, não incorpora qualquer indicador *proxy* de tratamento de câncer³. Além de apresentar os mesmos problemas de qualquer índice composto quanto à ponderação dos componentes, diante da ausência de dados o cálculo de indicadores provavelmente se baseará em modelos estimativos com limitações metodológicas e resultados distantes da realidade.

A incorporação da cobertura universal entre os ODS tem repercussões de médio prazo para todos os países, obrigados a acompanhar estes indicadores até 2030. Nesse contexto, é relevante desvendar os pressupostos e as estratégias envolvidos na proposta de cobertura universal.

Para tal, são aqui caracterizadas e contrastadas como tipos polares (ideais), as propostas de cobertura universal e (UHC) e de sistemas universais (UHS), que expressam projetos em disputa. Alerta-se que na realidade dos países ambas concepções são implementadas de formas diferenciadas¹⁶, nem sempre correspondendo a todas as características destacadas.

O objetivo principal da proposta de UHC é a proteção financeira em saúde, isto é, que todas as pessoas possam acessar serviços de saúde sem dificuldades financeiras, ao reduzir os pagamentos diretos no ato da utilização (*OOB*) e evitar gastos catastróficos. A “cobertura” expressa a titularidade por um seguro e refere-se apenas à cobertura financeira, isto é, que todas as pessoas possam comprar algum tipo de seguro, o que não significa garantia de acesso e uso quando necessário. Tal concepção difere da cobertura de uma medida sanitária que associa prestação com acesso e uso efetivo⁶. Os contratos de seguros cobrem intervenções específicas e a oferta tem distribuição geográfica desigual, prejudicando regiões e grupos sociais desfavorecidos¹⁷.

A proposta de UHC tem três componentes centrais: foco no financiamento por combinação de fundos (*pooling*), afiliação por modalidade de seguro, e definição de cesta limitada de serviços. Visa à redução do papel do Estado, restringindo-o à regulação do sistema de saúde. O

Estado deve promover o asseguramento ou contratar serviços privados para oferecer às pessoas que não possam comprá-los no mercado. A separação de funções entre financiamento e prestação implica na precificação dos serviços de saúde, o que os transforma em mercadoria. Para os atores do setor privado, a saúde é um bem ou produto; quem não pode pagar pela mercadoria ou serviço não tem direito.

A chave para a efetivação da cobertura na UHC está na combinação de recursos públicos e privados (prêmios de seguros, contribuições sociais, filantropia, impostos gerais) em fundos gerenciados por seguradoras privadas ou públicas, para custear despesas em saúde dos possuidores de planos conforme seu pacote. A titularidade está condicionada à afiliação a algum seguro de saúde (privado ou público). O indivíduo é elegível, ou não, a depender das regras de cada seguro ou de sua capacidade de pagamento.

O UHS é financiado por fundos públicos a partir da receita de impostos gerais e contribuições sociais, o que proporciona maior solidariedade, redistribuição e equidade. O grau de redistribuição depende da progressividade da carga tributária, isto é, maior proporção de tributação sobre rendas e propriedade do que sobre consumo. O modelo UHS objetiva que todas as pessoas tenham as suas necessidades atendidas sem restrições para o acesso. Consagra a garantia do acesso universal como condição de cidadania.

Os diferentes modelos de financiamento apresentam, portanto, distintos efeitos de solidariedade. No modelo UHC os efeitos são restritos, pois à cobertura segmentada por seguros diferenciados por grupos sociais conforme a renda correspondem diferentes cestas. Nos seguros privados pode-se alcançar um *pooling* de riscos, mas o preço dos prêmios é calculado com base nos riscos, independente da capacidade de pagamento das famílias, sem promover equidade. Já a natureza pública do modelo UHS tem efeitos abrangentes: absorve e divide custos com a sociedade, promovendo redistribuição e garantindo acesso dos mais desfavorecidos em igualdade de condições. Neste, os mais ricos pagam pelos mais pobres reduzindo iniquidades⁹.

Dado que a afiliação na concepção UHC se processa por um contrato de seguro, pressupõe a definição de uma cesta explícita e, em geral, restrita de serviços. A cesta é definida no contrato de seguro e diferenciada conforme poder aquisitivo. Pacotes mínimos para grupos populacionais marginalizados geram “classes” de cidadãos, resultando em “serviços pobres para pessoas

pobres”. Nos sistemas universais não há definição de uma cesta limitada: os serviços de saúde devem ser ofertados de acordo com necessidades populacionais. A integralidade da atenção é um de seus princípios; cada um deve receber atenção conforme suas necessidades, não por mérito ou renda.

Na concepção UHC subentende-se que o setor público é insuficiente para atender as demandas de saúde da população. Defende-se a privatização do asseguramento e da prestação de serviços de saúde, sob o argumento de que a provisão privada seria mais eficiente, afirmação que carece de evidências. Prestadores privados respondem a demandas e não às necessidades de saúde da população; se instalam em áreas de maior desenvolvimento socioeconômico; ofertam serviços mais rentáveis; prestam mais serviços desnecessários e mais frequentemente violam padrões da boa prática médica; são menos eficientes e têm resultados inferiores em saúde do que os serviços públicos. Porém, proveem atenção mais oportuna e cuidados mais personalizados^{18,19}.

A miríade e a diversidade de contratos entre seguradoras e prestadores na concepção UHC aumenta custos operacionais e administrativos implicando em menor eficiência do sistema. A prestação é fragmentada na UHC, pois não inclui componentes de desenho do sistema de saúde como territorialização e organização de redes, o que impede a continuidade do cuidado e a coordenação entre os serviços e dentro deles⁹. Ademais, o foco da proteção dos seguros está na atenção médica individual, pois os contratos são individuais com prêmios calculados conforme características de cada um e abrangência do pacote contratado, prescindindo de enfoque populacional.

Nos sistemas universais, a garantia de cuidado integral (individual e coletivo), exige a coordenação entre serviços, organizados em rede, integrados e territorializados, distribuídos com economia de escala e orientados pela atenção primária à saúde (APS), com predomínio da administração e prestação públicas, resultando em melhor qualidade, menores custos e maior eficiência^{20,21}. Sistemas universais integram cuidados individuais e ações coletivas de prevenção e promoção. O enfoque populacional exige promover políticas transversais intersetoriais para enfrentar os determinantes sociais da saúde⁸.

A APS é preconizada como estratégia para a cobertura universal¹⁴, todavia, pode ter significados muito distintos. Na agenda UHC⁴, APS refere-se a um pacote básico de serviços e me-

dicamentos essenciais definidos em cada país, correspondendo a uma abordagem seletiva para alcance de um universalismo básico em países em desenvolvimento. Distingue-se da abordagem integral dos sistemas públicos universais onde corresponde à base do sistema e deve ordenar a rede assistencial.

As duas propostas alinham-se a diferentes concepções de cidadania: cidadania residual na concepção UHC e plena na concepção de sistemas universais. A UHC alinha-se a uma visão liberal, a uma modalidade de intervenção governamental social residual, focalizada, centrada na assistência. O Estado deve intervir e assumir responsabilidade social quando o indivíduo, sua família ou redes comunitárias não conseguem garantir a satisfação de necessidades mínimas no mercado, em uma concepção de cidadania invertida, em que o indivíduo entra em relação com o Estado no momento em que se reconhece como um não cidadão²². O Estado deve subsidiar um seguro e garantir uma cesta restrita de benefícios para aqueles grupos pobres que ‘fracassaram’ em garantir suas necessidades básicas no mercado.

O Quadro 1 sintetiza e contrasta as principais características das concepções dos modelos de cobertura universal e de sistema universal de saúde.

Universalização da proteção social em saúde em países de industrialização avançada

Uma característica marcante de países europeus é o alcance da universalidade da garantia de acesso a serviços de saúde com a constituição de sistemas nacionais de saúde financiados publicamente como um dos pilares dos regimes de *Welfare*. Os modelos clássicos europeus de universalização da atenção à saúde são o seguro social de tipo bismarckiano, financiado com base em contribuições sociais obrigatórias dos empregados e empregadores e afiliação a depender da participação no mercado de trabalho; e o modelo Beveridgeano de serviço nacional de saúde, de acesso universal fundado na cidadania e financiado com recursos fiscais com predomínio de prestadores públicos.

O processo de universalização dos sistemas de saúde europeus, na maior parte dos países ocidentais e nórdicos, se completou nas décadas de 1960 e 1970 com a expansão dos seguros sociais para o conjunto dos trabalhadores e seus dependentes, em situação de pleno emprego, ou com a criação de serviços nacionais de saúde como

no Reino Unido (1948), Portugal (1974), Itália (1978) e Espanha (1986).

O Serviço Nacional de Saúde inglês (*National Health Service-NHS*) é pioneiro e referência internacional de sistema de acesso universal, com financiamento fiscal e estrutura centralizada e oferta regionalizada. Garante atenção integral em todos os níveis por meio de APS robusta com obrigatoriedade de registro dos cidadãos junto a um consultório de médico generalista com função de porta de entrada e filtro para acesso ao especialista, que está situado em um segundo nível, no ambulatório de hospitais, em sua maioria públicos (Quadro 2)²³.

O modelo bismarckiano de seguros sociais, iniciado em 1883 na Alemanha, teve importante difusão internacional com implementação nas primeiras décadas do século XX em muitos países, inclusive na América Latina, onde devido à elevada informalidade do mercado de trabalho alcançou parcelas restritas da população. Nos países europeus, no entanto, observou-se progressiva inclusão de grupos populacionais com ampliação e uniformização dos benefícios e universalização da cobertura.

Seguros sociais diferem dos seguros privados por serem compulsórios e por contribuições independentes dos riscos de adoecer. Ao combinar contribuições proporcionais à renda e acesso conforme necessidade, alicerçam-se em princípios de solidariedade e promovem redistribuição entre segurados de maior para menor renda, de jovens para idosos, de saudáveis para doentes.

Os serviços nacionais de saúde em geral são mais eficientes e têm resultados de saúde similares ou melhores do que modelos de seguros sociais. Ambos sistemas têm resultados mais positivos do que as modalidades centradas no mercado, como nos Estados Unidos da América (EUA) (Tabela 1)^{20,21}.

O sistema de saúde dos EUA exemplifica as consequências restritivas para o direito à saúde de um modelo calcado em diferentes tipos de seguros, com forte peso privado. Entre os sistemas de 11 países desenvolvidos, é avaliado como o pior, por apresentar maior gasto em saúde, reduzida eficiência administrativa e piores resultados em equidade, acesso, qualidade, expectativa de vida e mortalidade infantil²¹.

Os EUA diferenciam-se de outros países de industrialização avançada pelo caráter residual e predomínio do mercado privado no asseguramento e na prestação em saúde, com importante parcela da população descoberta (Tabela 1). O sistema é segmentado e fragmentado em sua or-

Quadro 1. Características contrastadas dos modelos de cobertura universal de saúde (UHC) e sistema universal de saúde.

Características	UHC	Sistema Universal
Concepção de saúde	Saúde como mercadoria	Saúde como direito universal
Papel do Estado	Mínimo Restrito à regulação do sistema de saúde; Separação explícita de funções de financiamento/compra e prestação de serviços	Bem-estar social Responsável pelo financiamento, gestão e prestação dos serviços de saúde
Financiamento	Combinação (<i>pooling</i>) de fundos públicos e privados (prêmios de seguros, contribuições sociais, filantropia, impostos)	Fundo público com receitas de tributos (impostos gerais e contribuição para seguros sociais).
Ênfase das reformas	Subsídio à demanda para aquisição de seguros Seletividade da cesta e focalização nos mais pobres	Subsídio à oferta para garantia de acesso equitativo
Elegibilidade / Titularidade	Acesso segmentado, conforme filiação a algum seguro (privado ou público)	Acesso universal como condição de cidadania
Eficiência do sistema	Aumenta custos operacionais e administrativos; Gastos totais em saúde mais elevados	Menores custos operacionais e administrativos; Reduz custos unitários por economia de escala; menores gastos totais por maior regulação da oferta
Desenho do sistema de serviços	Serviços fragmentados, sem territorialização	Serviços organizados em rede, territorializados, orientados pela APS
Abordagem de APS	Seletiva	Integral
Prestação	Serviços prestados principalmente pelo setor privado	Serviços prestados principalmente pelo setor público
Cesta de serviços	Restrita (pacotes básicos/mínimos) Explícita	Abrangente (atenção integral) Implícita
Integralidade	Centrada na assistência individual e serviços biomédicos; Dicotomia entre cuidados individuais e coletivos	Integração entre cuidados individuais e ações de saúde pública; Integra promoção, prevenção e cuidado
Determinantes sociais de saúde	Não contempla abordagem DSS Possibilidade de ação intersetorial restrita	Contempla abordagem DSS Possibilidade de ação intersetorial facilitada
Cidadão	Consumidor/objeto	Protagonista/sujeito
Cidadania	Residual	Plena
Efeitos de solidariedade	Restritos	Abrangentes
Equidade	Cristaliza as desigualdades de acesso e uso conforme renda e inserção social; Acesso condicionado à capacidade de pagamento individual	Garantia de acesso e uso a serviços de saúde entre os grupos sociais para necessidades iguais, independente da capacidade de pagamento
Ideologia	Liberal	Social-democrata
Países alvo	Países de baixa e média renda	Todos os países

Fonte: elaboração própria.

ganização (empresas de seguro são as principais compradoras de serviços), oferta (importância dos hospitais privados com fins lucrativos), financiamento, regras de elegibilidade e cesta de serviços cobertos²⁴.

Intensos debates culminaram em 2010 no *Affordable Care Act*, o *Obamacare*, que expandiu a cobertura por meio de subsídios aos seguros privados e inclusão nos esquemas segmentados públicos, porém sem alcançar a universalidade.

Quadro 2. Características da universalidade em saúde na Alemanha, Inglaterra e Estados Unidos.

Características	Alemanha	Inglaterra	EUA
Denominação	Seguro Social de Doença <i>Gesetzliche Krankenversicherung</i> (GKV)	Serviço Nacional de Saúde <i>National Health Service</i> (NHS)	Sistema de mercado
Criação	1883	1948	1965 (Medicaid e Medicare)
Titularidade	Seguro social de contratação compulsória tradicionalmente vinculado ao mercado de trabalho, inclusão progressiva de grupos populacionais	Acesso universal como condição de cidadania	Cobertura segmentada conforme capacidade de pagamento: Trabalhadores mercado formal compram seguros privados coletivos; Medicaid: população abaixo da linha de pobreza Medicare: idosos a partir dos 65 anos
Alcance da universalidade	Década de 1970	1948	Não 2010 Obamacare objetiva ampliar cobertura, mas não alcança universalidade
Instituições seguradoras	Instituições de direito público de administração autônoma, as Caixas de Doença (<i>Krankenkassen</i>), geridas por representações dos trabalhadores e empregadores (113 Caixas em 2017) atuação regulada pelo Estado	Não se aplica	-Seguradoras privadas de diversos tipos (de seguros a empresas de managed care) -Medicaid, gerido pelos estados -Medicare operado por seguradoras privadas contratadas pelo governo federal
Financiamento	Predominantemente público por contribuições sociais compulsórias proporcionais aos salários (15%) paritárias entre empregadores e trabalhadores (70% cont. sociais; 7% recursos fiscais)	Predominantemente público fiscal (68% recursos fiscais; 15% contribuições sociais)	Predominantemente privado (51%) Prêmios seguros privados; <i>Medicaid</i> : recursos fiscais estaduais e subsídios federais; <i>Medicare</i> : contribuições sociais compulsórias durante a vida ativa
Cesta de serviços	Implícita Abrangente e uniforme Garante atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de atenção, assistência farmacêutica	Implícita Abrangente e uniforme Garante atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de atenção, assistência farmacêutica	Diferenciada conforme capacidade de pagamento e contrato de seguro <i>Medicare</i> não cobre todos os serviços e a maior parte dos beneficiários precisam pagar seguros privados para complementar a cesta
Cobertura populacional	*Seguro social GKV: 90% Seguros privados: 10% substitutivo (4,4% funcionários públicos)	100% Cidadãos e residentes habituais	Medicaid: 19% Medicare: 17% seguros privados: 68% não segurados: 11%
Prestadores	Oferta de serviços ampla por prestadores públicos e privados credenciados ao GKV em todos os níveis	Oferta pública** Leitos 84% públicos Atenção especializada ambulatoriais de hospitais públicos APS contrato nacional com médicos generalistas com dedicação exclusiva ao NHS	Oferta de serviços ampla por prestadores predominantemente privados com e sem fins de lucro

continua

Quadro 2. Características da universalidade em saúde na Alemanha, Inglaterra e Estados Unidos.

Características	Alemanha	Inglaterra	EUA
Desenho do sistema	O sistema não está territorializado ou organizado em rede	Estrutura centralizada integrada Organização regionalizada de serviços e alocação de recursos considerando necessidades de saúde populacionais e especificidades regionais	O sistema não está territorializado ou organizado em rede Algumas seguradoras organizam redes próprias
APS	APS fraca Tradição de atenção por médicos generalistas, todavia não exercem função <i>gatekeeper</i>	APS robusta Obrigatoriedade de registro dos cidadãos em um consultório de médico generalista com função de <i>gatekeeper</i>	APS fraca Organizações de <i>managed care</i> exigem primeiro acesso ao generalista com função de <i>gatekeeper</i> como ferramenta para redução de custos; Centros de saúde comunitários cobrem menos de 10% da população

Fonte: elaboração própria a partir de^{23,25,26}.

*A cobertura do seguro social não alcança 100%, pois desde sua fundação, servidores públicos não participam, e trabalhadores de elevada renda podem optar por um seguro privado. Entre 1% e 2% da população têm cobertura pela assistência social, que paga os serviços utilizados por seus beneficiários ou a sua contribuição ao GKV. **A partir dos anos 1990 novas formas de gestão nos hospitais públicos e a separação de funções de financiamento e prestação com o mercado interno vem produzindo mercantilização.

Interesses de empresas de saúde estadunidenses sustentam as proposições de cobertura universal por seguros. Há penetração do capital financeiro como administrador dos seguros de saúde e de empresas prestadoras de serviços, cujos interesses somam-se aos das indústrias farmacêuticas e de equipamentos pela ampliação de sua participação no mercado global de seguros e serviços de saúde²⁷.

Modelos de reforma para a UHC na América Latina

Na América Latina, dois países – Colômbia e México – implantaram reformas na saúde condiscentes com a proposta de cobertura universal, em momentos diferentes e sob formas distintas.

Na Colômbia, a reforma radical de 1993 adotou o modelo de pluralismo estruturado²⁸, caracterizado por separação das funções de financiamento, asseguramento e provisão de serviços, sob responsabilidade respectivamente do Estado, de organizações de intermediação financeira (seguradoras) e de prestadores variados. Foram criados regimes diferenciados: Regime Contributivo compulsório para trabalhadores formais e população com capacidade contributiva, e Regime Subsidiado focalizado para pobres; com desi-

gualdades nos planos de benefícios e nos valores per capita²⁸.

Alguns resultados da reforma foram o aumento do gasto público e da cobertura em saúde (Quadros 3 e 4), embora desigual entre regimes. Ocorreu expansão do setor privado no asseguramento e na prestação de serviços, acentuando a segmentação e levando a problemas como negação de serviços, altos gastos administrativos, foco na geração de lucros e corrupção²⁸⁻³⁰. As mudanças incrementais de 2004 a 2015, fruto de mobilização social e atuação do Judiciário, não foram suficientes para superar as falhas do modelo. Diante do poder dos agentes privados, manteve-se a dinâmica de mercado, com persistentes distorções e desigualdades³¹.

No México, reformas do seguro social de saúde foram iniciadas nos anos 1990, em contexto de ajuste neoliberal, que diante de resistências não foi desmontado, porém sofreu restrições financeiras por redução das contribuições patronais^{7,32}.

A reforma mais radical ocorreu em 2003 com a criação do Seguro Popular de Saúde (SPS). O SPS deveria viabilizar o alcance da cobertura universal em saúde até 2010, ao assegurar a população pobre, visando sua proteção financeira por meio da oferta de um pacote restrito de ações (de

Tabela 1. Indicadores socioeconômicos e de financiamento em saúde, países selecionados.

Indicadores	Ano	Brasil	Colômbia	México	EUA	Alemanha	Inglaterra
População (milhões) ^a	2015	205.962	48.229	125.891	319.929	81.708	65.397
PNB per capita PPP	1990	^b 6.510	^b 4.620	^b 5.840	^b 23.730	^b 19.740	^b 16.800
	2014	^c 15.570	^c 12.910	^c 16.840	^c 56.116	^d 47.500	^d 43.350
Cobertura populacional % ^e	2002	100,0	65,4	48,3	84,8	99,8	100,0
	2014	100,0	96,6	83,0	88,5	100,0	100,0
População sem cobertura % (milhões) ^e	2002	0,0	34,6 (14.229.772)	51,7 (53.467.054)	15,2 (43.719.030)	0,2 (164.977.000)	0,0
	2014	0,0	^a 3,4 (1.625.000)	17,0 (21.000.000)	^a 11,5 (36.538.000)	0,0	0,0
Gasto total em saúde como % PIB ^e	2002	7,1	5,7	5,4	14,0	10,1	6,6
	2014	8,3	7,2	5,7	16,5	1,1	9,9
Gasto público em saúde como % do PIB	2002	^c 3,2	^c 4,6	^c 2,3	^c 6,3	^d 8,2	^d 6,0
	2014	^c 3,8	^c 5,4	^c 3,3	^c 8,3	^d 8,7	^d 7,6
Gasto público em saúde como % gasto total saúde ^e	2000	40,3	79,3	42,7	44,2	79,4	79,3
	2014	55,2 (2013)	76,3	51,8	49,3	84,3	79,6
Gasto público em saúde per capita em US\$ PPP ^e	2002	307	317	238	2.403	^d 2.328	^d 1.757
	2014	549 (2013)	724	532	4.457	^d 3.990	^d 2.808
Desembolso direto como % do gasto total em saúde	2002	^c 38,8	^c 12,2	^c 54,4	^c 14,3	^d 12,1	^d 10,8
	2014	^c 25,5	^c 15,4	^c 44,0	^c 11,0	^d 13,2	^d 9,7

* Há inconsistência de informações de cobertura entre fontes nos casos Colômbia e México, dados os interesses políticos envolvidos. As pesquisas populacionais mostram níveis mais baixos de cobertura.

Fontes: os seguintes bancos de dados: a. United Nations DESA/Population Division. World Population Prospects 2017. Disponível em: <https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Population/>. Acesso em: 26/12/2017. b. The World Bank. GNI per capita, PPP (current international \$). Disponível em: https://data.worldbank.org/indicador/NY.GNP.PCAP.PP.CD?name_desc=false. Acesso em: 26/12/2017. c. PAHO. Health Information Platform for the Americas-PILSA. Disponível em: http://www.paho.org/data/index.php/es/?option=com_content&view=article&id=515:indicadoresviz&Itemid=0. Acesso em: 21/12/2017. d. European Health Information. European Health for All database (HFA-DB). Disponível em: <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/>. Acesso em: 23/12/2017. e. OECD. Stat. Disponível em: <http://stats.oecd.org>. Acesso em: 21/12/2017.

90 intervenções em 2004; 287 em 2016) (Quadro 3). A adesão ao SPS é voluntária e seu financiamento tripartite entre governo federal, estados e famílias, com isenção de cota para grupos de menor renda^{7,33}.

Em que pese a expansão de pobres segurados, as principais críticas ao SPS são: não alcance da cobertura universal (21 milhões de pessoas sem seguro); caráter restrito do pacote de serviços e desigualdades de acesso; inadequação do modelo de atenção; persistência de altos gastos por desembolso direto, inclusive entre afiliados ao

SPS. As reformas não resultaram em melhoria da saúde da população, redução significativa das desigualdades, maior eficiência ou qualidade. Ao contrário, acentuou-se a segmentação e persistiram limites no financiamento^{7,8,32,33}.

A universalidade no Sistema Único de Saúde brasileiro – avanços e ameaças

No Brasil, uma eventual implantação da proposta de UHC geraria muitos efeitos deletérios. Por um lado, o direito universal à saúde foi es-

Quadro 3. Reformas preconizadas para o modelo UHC nas experiências dos sistemas do México e da Colômbia.

Características	Colômbia Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) 1993 – atual	México Seguro Popular de Salud (SPS) 2003 - atual
Ênfase das reformas	Subsídio à demanda; Reforma radical do setor saúde com criação de mercados de prestação e asseguramento em saúde Separação total das funções de financiamento, intermediação e prestação a cargo de agentes especializados. O seguro social foi transformado pela reforma	Subsídio à demanda; Reforma visa à criação de mercado de prestação e asseguramento em saúde, mas a separação das funções de financiamento e prestação não foi concretizada. Coexiste com o seguro social
Elegibilidade / Titularidade	Pessoas sem capacidade de pagamento não inseridas no mercado formal são afiliadas ao <i>Regime Subsidiado</i> (RS) dependendo da disponibilidade de recursos; Trabalhadores do mercado formal ou com capacidade de pagamento são obrigadas a se filiar ao <i>Regime Contributivo</i> (RC)	Pessoas não inseridas no mercado formal de trabalho (população aberta ou não assegurada); Afiliação voluntária
Financiamento	RS: combinação de fontes fiscais nacionais e subnacionais com os aportes de solidariedade equivalentes a 1,5% das contribuições obrigatórias do RC e dos regimes das Forças Armadas, Ecopetrol. RC: contribuições obrigatórias do trabalhador (4%) e empregador (8,5%) sobre salários; 12,5% da renda para autônomos ou pessoas com capacidade de pagamento. Em 2014 a contribuição patronal para assalariados de até dez salários mínimos foi substituída por imposto sobre lucros. Copagamentos para usuários dos RC e RS por faixas de renda com isenção para grupos vulneráveis	Combinação de fontes fiscais do governo nacional (83%) e estados (16%) com contribuição obrigatória por família afiliada (1%) segundo condição socioeconômica, exceto para os decis I a IV. Não há copagamento para os serviços incluídos na cesta.
Função de compra	Empresas seguradoras (EPS) realizam a intermediação financeira e administram riscos. Em 2014 no RC atuavam 17 EPS, 15 privadas e 2 públicas, e no RS 35 EPS, 24 privadas, 2 mistas e 9 públicas. Unidade de pagamento por capitação (UPC) diferenciada por RC e RS com equiparação paulatina. Em 1994 a UPC-RS equivalia 60% da UPC-RC, chegando a 89% em 2017	Não foram criadas operadoras de seguros. A função de intermediação/compra é realizada pelos órgãos governamentais
Segmentação da proteção social (% cobertura populacional)	Regime contributivo: 46% Regime subsidiado: 45% Regimes especiais: 5% População total coberta: 96% (2016)	Seguro popular: 49,9%, Seguros sociais: 46,9% 17% permanecem sem filiação em saúde (2015)*

continua

tabelecido constitucionalmente em 1988. Desde então, o SUS ampliou o acesso para toda a população, favoreceu a melhoria das condições de saúde e mesmo a economia do país. É um sistema baseado em uma concepção abrangente de universalidade, que já prevê cobertura e atenção integral à saúde para toda a população. A UHC romperia com esse direito.

Por outro lado, o setor saúde brasileiro tem características que tornam o SUS mais vulnerável

aos interesses privados subjacentes à proposta de UHC. Ressalte-se o legado do sistema de saúde brasileiro prévio que, desde a década de 1970, apresenta um mercado prestador privado forte, do qual o SUS é o principal comprador. Desde então, o Estado tem favorecido o setor privado por meio de incentivos e subsídios fiscais variados¹¹. Recentemente observa-se uma progressiva perda da capacidade gerencial do Estado decorrente de contratos com organizações privadas

Quadro 3. Reformas preconizadas para o modelo UHC nas experiências dos sistemas do México e da Colômbia.

Características	Colômbia Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) 1993 – atual	México Seguro Popular de Salud (SPS) 2003 - atual
Cesta de serviços	Plano Obrigatório de Saúde (POS): cestas explícitas de benefícios diferenciadas para RC e RS. Cesta POS-S com conteúdo restrito e custeio diferenciado. Entre 1995 e 2013, a média do gasto per capita RS correspondeu a 33% do gasto do RC. Entre 2008 e 2012 equiparação gradativa das cestas explícitas de benefícios de RS e RC mas persistem diferenças no uso e custeio. A partir de 2015 a cesta de serviços passou a ser implícita com lista de exclusões.	Catálogo Universal de Serviços de Saúde (CAUSES): cesta restrita explícita com 287 intervenções (2016), sendo 91% individuais e 9% coletivas. Das individuais, 50% hospitalares e 40% ambulatoriais. Fundo de Proteção contra Gastos Catastróficos (FPGC): 61 intervenções incluído apenas oito tipos de câncer, tratamento HIV/AIDS, tratamento para infarto agudo do miocárdio para menores de 60 anos, tratamento hepatite C para pacientes entre 20 e 50 anos. Cobertura completa para atenção a crianças até 5 anos (<i>Seguro médico para una nueva generación</i>). Serviços não incluídos nas cestas somente acessíveis mediante pagamento direto.
Desenho do sistema de serviços	Não inclui proposta de organização de rede de serviços; prevê a concorrência entre prestadores; Serviços fragmentados, sem territorialização em função de contratos das EPS com prestadores públicos e privados. A oferta de prestadores públicos é a única disponível para a população em zonas dispersas	Não inclui proposta de organização de rede de serviços Segmentação e fragmentação da prestação. População em zonas dispersas: dificuldade de acesso aos serviços
Prestadores dos serviços de saúde	Prestadores privados e públicos. Transformação dos hospitais e centros de saúde públicos em empresas sociais do Estado visando receitas por faturamento do atendimento aos segurados (subsídio à demanda) e eliminação de repasses públicos (subsídio à oferta) com fechamento de prestadores públicos	Principalmente prestadores públicos da Secretaria de Saúde (hospitais autônomos e centros de saúde). São permitidos contratos com prestadores do seguro social e privados

* A soma ultrapassa 100% pois há trabalhadores com dupla cobertura nos seguros sociais

Fonte: 7,28,30,32-35.

para realizar gestão e prestação de serviços em unidades públicas de saúde. Ao mesmo tempo em que o setor privado é privilegiado, o SUS é financiado inadequadamente, abaixo do previsto pela Constituição, com recursos menores de 4% do PIB (Tabela 1), insuficientes para a garantia do direito universal à atenção integral à saúde.

Desde a Constituição, o SUS e o setor privado cresceram de modo importante. Atualmente a dupla cobertura, dos que também têm seguro privado, é de 24,5% da população, majoritariamente trabalhadores do mercado formal, conformando na prática um sistema de saúde segmentado.

Não obstante, o SUS organiza a atenção à saúde nos mais de 5.500 municípios do país para os 200 milhões de brasileiros. O SUS rompeu com o modelo anterior ao estabelecer novas bases institucionais, gerenciais e assistenciais. É um sistema universal de saúde com desenho territorializado e previsão de rede hierarquizada em níveis de atenção integrados. Em consonância às diretrizes de descentralização e participação da sociedade, o SUS incorporou em sua estrutura institucional e decisória instrumentos para a democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde entre os distintos entes governamentais e

a sociedade civil. Orientado pela diretriz de integralidade, o desenho do sistema considera a integração entre ações de saúde pública e cuidados individuais, com garantia de atenção em todos os níveis de complexidade, conforme a necessidade, sem definir uma cesta restrita de serviços.

A expansão de serviços de APS no país, incluindo áreas remotas e desfavorecidas, ampliou o acesso à atenção coletiva e individual, produzindo impactos positivos na saúde da população. A estratégia para a APS na UHC refere-se a um pacote básico de serviços e medicamentos, correspondendo a uma abordagem seletiva, que significaria um retrocesso em relação à concepção abrangente de APS no SUS. As características do setor privado – natureza fragmentada, atenção à saúde orientada por procedimentos e pagamento por serviços – são incompatíveis com APS abrangente. O setor privado, quando incorpora médicos de família, busca redução de custos e barreiras de acesso à atenção integral.

Embora o SUS se configure como um dos maiores sistemas universais do mundo, desde seu nascedouro sofre concorrência do setor privado e constrangimentos que afetam a capacidade do Estado em garantir o direito universal à saúde. Um deles é a Desvinculação da Receita da União (DRU), que desde 1994 diminuiu o orçamento federal em 20% – percentual recentemente aumentado para 30% até 2023, ademais da criação de mecanismo para desvinculação dos orçamentos estaduais e municipais.

Mais recentemente, a Emenda Constitucional 95/2016 congelou as despesas do governo para os próximos 20 anos e colocou em xeque mate as bases constitucionais da Seguridade Social. O longo tempo previsto nesta Emenda é indiscutivelmente suficiente para alterar as bases do SUS e das demais políticas sociais, conformando um Estado que não mais garantirá direitos sociais.

Outras ameaças ao preceito do direito universal à saúde são: a Lei nº 13.097/2015, que permite a participação direta ou indireta e controle do capital estrangeiro na saúde; e a PEC 451, em tramitação no Congresso, que visa obrigar o empregador a oferecer plano privado aos trabalhadores.

A crise econômica afeta o setor privado de saúde, em especial o mercado de seguros, majoritariamente sustentado pela clientela com vínculo empregatício. Com o desemprego, as seguradoras perderam, desde 2014, dois milhões de clientes. Em 2016, o Ministro da Saúde propôs o plano acessível com o propósito de “rever o tamanho do SUS” uma vez que não seria possível conseguir “sustentar o nível de direitos que a Constituição

determina”³⁶. Os planos acessíveis teriam cobertura exclusivamente ambulatorial e custo mensal baixo, com a expectativa de ampliar o mercado privado. Essa proposta coincide com a concepção de UHC ao promover a oferta de cobertura por meio do seguro privado.

A proposta de UHC atenderia às demandas de seguradoras brasileiras e, possivelmente, do capital financeiro e seguradoras internacionais por ampliação de participação no ‘mercado de saúde’¹³. O fortalecimento adicional do setor privado representa a maior ameaça ao SUS e ao direito universal à saúde.

Considerações finais

A proposta de UHC é pouco clara quanto a seus pressupostos e estratégias. A utilização de conceitos e termos semelhantes aos previstos para os sistemas universais dificulta o entendimento das mudanças em curso. As características analisadas evidenciam aspectos contraditórios e deletérios dos modelos de expansão de cobertura por meio de seguros, com resultados de segmentação, seletividade, focalização e cristalização de desigualdades que ferem o direito universal à saúde.

Como afirma Noronha⁶, ocorre uma transformação semiótica do direito à saúde e do acesso universal e igualitário aos cuidados de saúde para o conceito de “cobertura universal” explicitado como “proteção do risco financeiro” e busca de mecanismos alternativos de financiamento setorial.

Nos países de industrialização avançada, a universalização se concluiu já nos anos 1970 por seguros sociais bismarckianos ou serviço nacional de saúde Beveridgeano, com resultados de maior eficiência e equidade nos serviços nacionais de acesso universal alicerçados na cidadania plena. Ao contrário, o caso dos EUA, de cobertura via mercado, evidencia ineficiências com elevados gastos, baixa efetividade, piores resultados em saúde e elevada proporção de população não segurada.

Na América Latina, os modelos clássicos europeus influenciaram as políticas de saúde, mas não foram plenamente implementados. As duas experiências paradigmáticas de reformas na região latino-americana difundidas como modelos para a UHC mostram o insucesso do alcance do acesso universal por meio de seguros. As metas de cobertura universal não foram atingidas, as cestas de serviços permanecem desiguais e a segmentação e a fragmentação características dos

sistemas de saúde da América Latina foram intensificadas.

Em síntese, as promessas de modelos baseados na UHC não se concretizaram e não há evidências de que tenham resultados mais efetivos do que os sistemas universais (Quadro 4).

No Brasil, o SUS se estabeleceu como resposta a uma concepção de cidadania plena, proporcionando o acesso à atenção à saúde da grande maioria dos brasileiros, como direito humano. Mudanças organizacionais possibilitaram a reorientação do sistema no sentido da integralidade e equidade, com redução de desigualdades no acesso aos serviços, embora ainda distante do seu ideário igualitário³⁷.

As experiências de países analisadas evidenciam que quaisquer arranjos de seguros – sociais, privados ou subsidiados – não superam as fortalezas do desenho de sistema público nacional de saúde adotado no Brasil, embora os resultados atingidos pelo SUS ainda não alcancem todas as suas potencialidades. É crucial resistir à conjuntura atual de ataques e riscos de desmantelamento do SUS pelas políticas de ajuste fiscal. O desafio é ultrapassar a tormenta mantendo a imagem objetivo: saúde não é mercadoria. Saúde é direito de todos e dever do Estado.

Quadro 4. Síntese dos resultados de experiências de expansão de cobertura na proposta UHC.

- O asseguramento não foi um caminho efetivo para a universalidade do direito à saúde
- Estar assegurado não significa ter acesso garantido a serviços de saúde;
- O asseguramento não garante cobertura integral conforme necessidades – limita-se a um pacote restrito de serviços;
- Inerente aos modelos de seguro de caráter individual, o foco está na cobertura de cuidados individuais, em detrimento de intervenções populacionais/ saúde coletiva;
- O subsídio à demanda e a competição entre operadoras e serviços públicos e privados não tornam os sistemas mais efetivos ou eficientes;
- O modelo amplia a segmentação e cristaliza a estratificação social e iniquidades no acesso e nas condições de saúde.

Fonte: elaboração própria.

Colaboradores

L Giovanella, IS Santos, A Mendoza-Ruiz contribuíram com a concepção, a análise e a redação; ACA Pilar, MC Rosa, GB Martins, D Barata, JML Vieira, VCG Castro, PO Silva contribuíram com a análise e a redação; CV Machado contribuiu com a revisão crítica.

Agradecimentos

L Giovanella e CV Machado são bolsistas de produtividade em pesquisa CNPq; MC Rosa e GB Martins são bolsistas CNPq do curso de Mestrado em Saúde Pública.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Financiamento dos sistemas de saúde. O caminho para a cobertura universal*. Relatório Mundial da Saúde 2010. Genebra: OMS; 2010.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Argumentando sobre la cobertura sanitaria universal*. Ginebra: OMS; 2013.
3. World Health Organization (WHO), World Bank (WB). *Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report*. New York: WHO, WB; 2017.
4. Organización Naciones Unidas (ONU). *Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. Resolución 70/1. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. New York: ONU; 2015.

5. Stuckler D, Feigl AB, Basu S, McKee M. *The political economy of universal health coverage. Background paper for the Global symposium on health system research*. 16-19 November 2010. Montreux, Switzerland.
6. Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad Saude Publica* 2013; 29(5):847-849.
7. Laurell AC. Neoliberalism in Health Care in Mexico - the mexican popular health insurance: myths and realities. *International Journal of Health Services* 2015; 45(1):105-125.
8. Laurell AC, Lima LD. Entrevista. Crise y neoliberalismo: desafíos y alternativas políticas para la construcción de sistemas universales de salud en América Latina. *Cad Saude Publica* 2017; 33(S2):1-7.
9. Sengupta A. *Universal Health Coverage: Beyond Rhetoric*. Ottawa: Municipal Services Project. IDRC; 2013. [Occasional Paper n.20].
10. Cueto M. *Saúde Global: uma breve história*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.
11. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). *Manifesto do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde em defesa do direito universal à saúde – saúde é direito e não negócio*. Rio de Janeiro: Cebes; 2014.
12. Organización Mundial de la Salud (OMS). Resolución WHA64.9. Estructuras de financiación sostenible de la salud y cobertura universal. 64ª Asamblea Mundial de la Salud. OMS 2011.
13. Rockefeller Foundation. *Future health markets: a meeting statement from Bellagio*. Bellagio: Rockefeller Foundation, 2012.
14. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Atenção primária à saúde: mais necessária que nunca*. Genebra: OMS; 2008. [Relatório Mundial da Saúde 2008].
15. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). *Resolução CD53, R14, 2014. Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. 53º Conselho Diretor 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas*. Brasília: OPAS; 2014.
16. Atun R, Andrade LOM, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, Garcia P, Gómez-Dantés O, Knauth FM, Muntaner C, de Paula JB, Rígoli F, Serrate PC, Wagstaff A. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet* 2015; 385(9974):1230-1247.
17. Heredia N, Laurell AC, Feo O, Noronha J, González-Guzmán R, Torres-Tovar M. The right to health: what model for Latin America? *Lancet* 2014; 385(9975):34-37.
18. Basu S, Andrews J, Kishore S, Panjabi R, Stuckler D. Comparative performance of private and public health care systems in low and middle-income countries: a systematic review. *Plos Medicine* 2012; 9(6):1-14.
19. Berendes S, Heywood P, Oliver S, Garner P. Quality of private and public ambulatory health care in low and middle income countries: systematic review of comparative studies. *Plos Medicine* 2011; 8(4):1-10.
20. Wagstaff A. *Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems-Evidence from the OECD*. New York: The World Bank. Development Research Group; 2009.
21. Schneider EC, Sarnak DO, Squires D, Shah A, Doty MM. *Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care*. New York: The Commonwealth Fund; 2017.
22. Fleury SM. Política social e democracia: reflexões sobre o legado da seguridade social. *Cad Saude Publica* 1985; 1(4):400-417.
23. Boyle S. United Kingdom (England). Health system review. *Health systems in transition* 2011; 13(1):1-483.
24. Birn AE, Hellander I. Market-driven health care mess: the United States. *Cad Saude Publica* 2016; 32(3):1-4.
25. US Census Bureau. *Current Population Survey, 2014 to 2017 Annual Social and Economic Supplements*. Washington: US Census Bureau; 2017.
26. Giovannella L, Stegmuller K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. *Cad Saude Publica* 2014; 30(11):2263-2281.
27. Iriart C, Merhy EE. Inter-capitalistic disputes, biomedicalization and hegemonic medical model. *Interface (Botucatu)* 2017; 21(63):1005-1016.
28. Cárdenas WIL, Pereira AMM, Machado CV. Trajetória das relações público-privadas no sistema de saúde da Colômbia de 1991 a 2015. *Cad Saude Publica* 2017; 33(Supl. 2):1-16.
29. Echeverry-López ME, Borrero-Ramírez YE. Protestas sociales por la salud en Colombia: la lucha por el derecho fundamental a la salud, 1994-2010. *Cad Saude Publica* 2015; 31(2):354-364.
30. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). *Informe al Congreso de la República 2016-2017. Sector administrativo de salud y protección social*. Bogotá: MSPS; 2017.
31. Uribe-Gómez M. Nuevos cambios, viejos esquemas: las políticas de salud en México y Colombia en los años 2000. *Cad Saude Publica* 2017; 33(S2):1-12.
32. Homedes N, Ugalde A. Twenty-Five Years of Convulsed Health Reforms in Mexico. *Plos Medicine* 2009; 6(8):1-8.
33. López-Arellano O, Jarrillo-Soto EC. La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano. *Cad Saude Publica* 2017; 33(S2):1-13.
34. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Salud y seguridad social*. [acessado 2018 Jan 21]. Disponível em: <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/derechohabiciencia/>
35. México. *Anexo I. Catálogo Universal de Servicios de Salud Catálogo de Medicamentos y Otros Insumos Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos Seguro Médico Siglo XXI*. Ciudad de México: Comisión Nacional de Protección Social en Salud; 2016.
36. Santos IS. A solução para o SUS não é um Brazilcare. *RECHS* 2016; 10(3).
37. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-1797.

Artigo apresentado em 05/01/2018

Aprovado em 30/01/2018

Versão final apresentada em 01/03/2018