

Revista Saúde.Com

ISSN 1809-0761

<https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc>

POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E MÉXICO: UMA ABORDAGEM HISTÓRICO-COMPARATIVA**HEALTH POLICIES IN BRAZIL AND MEXICO: A HISTORICAL-COMPARATIVE APPROACH****Simone Regina Alves de Barros, Anacássia Fonseca de Lima, Cesário da Silva Souza**Centro Universitário de Maceió - UNIMA/Afya

Abstract

Brazil and Mexico are good candidates for comparative analysis of public policies because they exhibit similar structural characteristics, such as peripheral integration into the global capitalism, colonial history, partial industrialization, and dependence on the tertiary sector, along with income inequality, social disparities, susceptibility to crises. They are recent democracies with a long history of authoritarian regimes, coups, and political instability. Therefore, the objective of this study is to conduct an analysis of the healthcare systems of Brazil and Mexico through a historical-comparative approach spanning just over two centuries (1808 - 2020). As a result, the findings demonstrate that the healthcare policies of the studied countries have taken different paths, especially in recent decades, owing to factors of dependence in their trajectories and persistence in social stratification and healthcare commercialization. Both Brazil and Mexico have fragmented healthcare systems, either due to a strong private component or due to the vulnerability of exclusive economic cycles. With this purpose in mind, the study presented here can be regarded as a valuable tool for rethinking healthcare concepts, services, and practices. In conclusion, the process of comparison contributes to a better understanding of the heterogeneity of healthcare systems in both countries.

Keywords: Brazil; Mexico; Health system; Public policy; Health.

Resumo

Brasil e México são bons candidatos à análise comparativa de políticas públicas, pois apresentam características estruturais semelhantes, tais como: inserção periférica no capitalismo mundial, passado colonial, industrialização parcial e economia dependente do setor terciário, bem como concentração de renda, desigualdades sociais, susceptibilidade a crises, sendo democracias recentes com longa trajetória de regimes autoritários, golpes e instabilidade política. Portanto, o objetivo deste estudo é realizar uma análise dos sistemas de saúde do Brasil e México, mediante uma abordagem histórico-comparativa ao longo de pouco mais de dois séculos (1808 - 2020). Assim, os resultados demonstram que as políticas de saúde dos países estudados trilharam caminhos diferentes, principalmente nas últimas décadas, devido a componentes de dependência na trajetória e persistência na estratificação social e mercantilização em saúde. Brasil e México possuem sistemas de saúde fragmentados, seja pelo forte componente privado ou pelos vulneráveis ciclos econômicos excludentes. Com esse propósito, o estudo ora apresentado pode ser compreendido como um valioso instrumento para repensar concepções, serviços e práticas em saúde. Conclui-se, então, que o processo de comparação contribui para uma melhor compreensão da heterogeneidade dos sistemas de saúde de ambos os países.

Palavras-chave: Brasil; México; Sistema de Saúde; Políticas Públicas; Saúde.

Introdução

Conforme a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)¹, as políticas públicas podem originar-se em todos os níveis de governo e são compreendidas como um conjunto de decisões que inclui regras, estratégias, objetivos e meios que orientam a tomada de decisões na legislação e administração pública. Elas também são limitadas pela economia, cultura, história, política e pelos fundamentos sociais dos contextos em que são aplicadas.

No contexto das políticas públicas, destacam-se as políticas de saúde, que são de grande importância, pois afetam todas as dimensões da vida cotidiana, direta ou indiretamente, abrangendo comportamentos e ações que contribuem para melhorar o estado de bem-estar, incluindo as atividades econômicas e produtivas relacionadas a elas. Em âmbito global, países adotam uma variedade de modelos e sistemas de saúde, moldados por suas políticas, culturas e contextos específicos².

Embora esses sistemas possam diferir amplamente, geralmente compartilham o objetivo de equilibrar os custos dentro das limitações orçamentárias, visando proporcionar atendimento justo à população. O foco está em assegurar o bem-estar e mitigar os riscos à vida, independentemente das disparidades locais².

No século XX, na América Latina, as desigualdades estruturais das sociedades refletiram-se em sistemas de saúde segmentados. Em alguns países, surgiram grupos privados na área da saúde com incentivos estatais, enquanto em outros, o sistema público esteve sujeito a debates constantes. No entanto, a partir dos anos 1980, transformações nos Estados latino-americanos tornaram-se evidentes, decorrentes de crises econômicas, reformas orientadas pelo mercado e processos de redemocratização, que repercutiram nas políticas sociais e de saúde³.

Percebe-se que o Brasil e o México compartilham algumas características estruturais semelhantes, uma vez que ambos têm um passado colonial, economias dependentes do setor terciário e uma industrialização parcial. Além disso, estão periféricamente integrados ao capitalismo mundial, sendo altamente suscetíveis a crises. Ambos também possuem democracias jovens com um longo histórico de governos autoritários, golpes e instabilidade política. São ainda caracterizados por uma grande concentração de renda e desigualdades sociais. É importante ressaltar que nas últimas décadas, ambos sofreram os efeitos das transformações

do capitalismo, refletidas na financeirização, onde o dinheiro é usado como mercadoria, levando ao processo de desindustrialização e falta de desenvolvimento. Por outro lado, a maior parte da indústria está voltada para o mercado financeiro³.

No Brasil, embora a afirmação do direito tenha sido marcada pela ruptura com o seguro social e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), a estratificação e a influência dos mercados na área da saúde não foram superadas³. No México, no início do século XX, várias ações de saúde pública foram iniciadas. Como resultado, indicadores positivos foram alcançados desde 1990, no entanto, ainda é necessário aprimorar o sistema de saúde mexicano e revisar seus princípios, como o da universalização, uma vez que muitos mexicanos ainda não têm acesso a nenhum tipo de assistência médica⁴.

Com fito de comparar os sistemas de saúde do Brasil, o SUS, e do México, o Seguro Popular Social, o SPS, este trabalho busca contribuir para uma compreensão mais aprofundada da temática em questão. Percebe-se que a análise comparativa em saúde é um instrumento importante para revisar conceitos relacionados a serviços e práticas nessa área, oferecendo insights sobre a organização e prestação desses benefícios. Compreende-se que a comparação não se limita à definição de padrões para recomendar uma cópia ou a transferência de experiências, mas permite o reconhecimento de referências que podem orientar a busca por novos caminhos.

Metodologia

O método escolhido para o presente estudo foi o histórico-comparativo, visto que possibilita um diálogo entre abordagens distintas, destacando as diferenças e semelhanças entre os países, tanto no que diz respeito à temporalidade, como no que se refere aos condicionantes das relações de Estado, mercado e políticas de saúde.

Segundo Goertz e Mahoney⁵, a abordagem histórico-comparativa tem sua origem em um estreito diálogo com a tradição quantitativa, facilitando a compreensão desta pelos adeptos daquela, permitindo uma mescla entre diferentes "culturas de pesquisa".

Foram escolhidos os seguintes eixos de análise: situação econômica, social e de saúde. Para tanto, elaborou-se um quadro comparativo para configurar a abordagem empírica propriamente dita. Em tese, considerou-se o

financiamento, o papel do governo, a cobertura de saúde, os serviços oferecidos, o acesso e qualidade, a integração e coordenação, o registro eletrônico de saúde, contenção de custos e inovação, além dos principais marcos históricos da saúde pública no Brasil e México. Assim a questão norteadora desta revisão foi: Como a análise comparativa em saúde pode contribuir para uma compreensão mais aprofundada da organização e prestação de serviços de saúde nos sistemas do Brasil (SUS) e México (Seguro Popular Social - SPS), e de que forma essa comparação pode orientar o desenvolvimento de novas abordagens na área da saúde?

A coleta de dados foi realizada a partir de bancos de informações institucionais publicamente acessíveis, bem como artigos, dissertações e teses. Foram utilizadas as seguintes bases de dados: MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde, LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, WHOLIS - Sistema de Informação da Biblioteca da OMS, PAHO - Acervo da Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde e SciELO - Scientific Electronic Library Online.

A pesquisa foi conduzida no período de janeiro a abril de 2022. Os idiomas selecionados para o estudo foram o português, inglês e espanhol. Foram utilizados os seguintes descritores: seguro saúde AND sistema de saúde OR saúde pública AND trajetória. O recorte temporal adotado abrangeu o período de 1808 a 2020 como marco histórico. O critério de inclusão consistiu na seleção de: documentos em idioma português, inglês ou espanhol; publicados entre 1808 e 2020; que abordem os temas relacionados à saúde pública, sistema de saúde, seguro saúde e trajetória; disponíveis em bancos de informações institucionais, artigos, dissertações e teses nas bases de dados MEDLINE, LILACS, WHOLIS, PAHO e SciELO; que respondam às questões de interesse do estudo, proporcionando informações relevantes para a análise comparativa dos sistemas de saúde do Brasil e México e que apresentem dados e análises relacionados às situações econômicas, sociais e de saúde dos países em questão.

Neste texto, os operadores booleanos "AND e OR" foram usados para indicar que os documentos deveriam conter as palavras-chave 'México' ou 'Brasil' e, ao mesmo tempo, os outros descritores especificados. Isso amplia a pesquisa para incluir documentos relacionados a qualquer um dos dois países mencionados.

O critério de exclusão deu-se pela eliminação de: documentos não acessíveis

através de bancos de informações institucionais ou bases de dados públicas; documentos publicados fora do intervalo de tempo definido; documentos sem informações relevantes para a análise comparativa dos sistemas de saúde do Brasil e México; documentos em idiomas diferentes de português, inglês ou espanhol e documentos sem análises relacionados às situações econômicas, sociais e de saúde dos países em questão.

Inicialmente, foram encontrados 2.210 documentos. Em seguida, procedeu-se à leitura dos títulos, o que resultou na exclusão de 2.102 documentos que não atendiam aos objetivos da pesquisa, restando 108 para a leitura dos resumos. Dentre esse total, 23 documentos eram duplicados, resultando em um total de 85 documentos. Na etapa seguinte, 63 documentos que não apresentavam relação com as questões de interesse, de acordo com os resumos, foram excluídos, restando, finalmente, 22 artigos analisados.

A análise e discussão dos dados ocorreram através da construção de uma linha do tempo com marcos conceituais, o que permitiu a obtenção de interpretações conclusivas para a pesquisa.

Resultados e Discussão

Os achados literários indicam que, dos vinte e dois documentos selecionados, quatro foram publicados em língua espanhola, cinco em língua inglesa, e os demais foram publicados em língua portuguesa. As limitações do estudo decorreram da falta de literatura sobre o sistema de saúde do México.

Foram levantados os indicadores demográficos, econômicos, sociais e de saúde do Brasil e México nos anos 2020 e 2021, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Indicadores demográficos, econômicos, sociais e de saúde, Brasil e México 2020-2021

	BRASIL	MÉXICO
População	211.716.000	128.649.600
Sistema Político	Sistema presidencialista	Sistema presidencialista
Língua Oficial	Português	Espanhol
Expectativa de vida	76,7 anos	75 anos
Homens	73,1 anos	72 anos
Mulheres	80,1 anos	78,7 anos
PIB (Produto Interno Bruto)	2 003,5 bilhões	943.009 M.€
PIB Per Capita/Ano/2020	35.172	7.739€
IDH-Índice de Desenvolvimento Humano	0.765	0,779
Taxa de Desemprego	13,9%	3,8%
Déficit Público	- 167.979	-43.019
Dívida Pública	1.243.272	571.319 (M. €)
Salário-Mínimo	1.100,00 R\$	3.747 \$ / 176,6 €
Taxa de Pobreza	12,8%	42%
Taxa de Mortalidade Infantil	12,4	10,65%
Taxa de Nascimento	13,59%	17,56%
Taxa de Mortalidade (mortes/1.000hab)	6,86%	5,43%
Taxa de Crescimento Populacional	0,66%	1,02%
Leitos hospitalares per capita /1.000hab	2,5	1,5
Crianças < 5 anos abaixo do peso normal	3,34%	4,2%

Fontes: Adaptado de É⁶; Ministério da Saúde⁷; Countryeconomy.com⁸

Visto que as estatísticas públicas desempenham um papel fundamental na compreensão de questões latentes na sociedade e têm sido essenciais na formulação de políticas públicas.

Para fins de comparação entre sistemas de saúde, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) recomenda observar: i) recursos materiais, humanos, financeiros, tecnológicos e organizacionais; ii) a demanda e a oferta de serviços, considerando acessibilidade, distribuição e qualidade; e iii) os fatores determinantes e condicionantes das necessidades de saúde das populações, avaliando os resultados⁹.

Quadro 1. Análise comparativa do Sistema de Saúde Brasil e México (2020)

BRASIL	Sistema Único de Saúde (SUS)	MÉXICO	Seguro Popular Social (SPS)
Financiamento	O SUS é financiado com os impostos dos cidadãos. As Leis 8080 e 8142 da constituição Federal 1988, determinam que as três esferas de governo – federal estadual e municipal – financiem o SUS, gerando receita necessária para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde.	Financiamento	O financiamento das instituições de previdência social vem de três fontes: contribuições do governo, contribuições dos empregadores e contribuições dos funcionários.
Papel do Governo	O SUS é regido nas três esferas da Federação, Ministério da Saúde, Estados e Municípios, tendo cada um, seus encargos e funções. Além do Conselho de Saúde, que é órgão colegiado, resolutivo e definitivo do SUS em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.	Papel do Governo	O governo federal, por meio da Secretaria de Saúde, tem como principal tarefa a reitoria do sistema, que inclui o planejamento estratégico do setor, a definição de prioridades, a coordenação intra e intersetorial, as atividades de regulação e regulação em saúde e avaliação de serviços, programas, políticas, instituições e sistemas.
Cobertura	O SUS pode ser usado por todos os brasileiros, pois é um sistema integral, igualitário e universal, ou seja, não faz qualquer distinção entre os usuários. Estão inclusos também estrangeiros que estiverem no Brasil.	Cobertura	Segundo o Artigo 4 da Constituição mexicana, toda pessoa tem direito à proteção da saúde. A criação do Seguro Popular de Saúde favorece todos os mexicanos que foram excluídos da previdência social convencional.
Serviços oferecidos	A rede hospitalar é composta por 6.820 hospitais e 42 mil unidades básicas de saúde com 44 mil equipes de Saúde da Família e 1.229 equipes de Atenção Primária atuando em todo território. Além dos Agentes Comunitários. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Medicamentos. Atendimento à saúde mental. Exames diagnósticos. Banco de sangue. Fisioterapia, terapias especializadas, próteses/órteses acupuntura, psicólogo... Atendimento pré-natal e parto, quimioterapia e radioterapia, hemodiálise.	Serviços oferecidos	A rede é composta por: 4.354 hospitais, dos quais 1.182 são públicos e 3.172 são privados. Sendo que 86% são hospitais gerais e o restante, hospitais de especialidades. O regime obrigatório inclui cinco ramos básicos de proteção social: seguro de doença e maternidade, seguro de riscos no trabalho, seguro de invalidez e vida, seguro de aposentadoria e velhice, prestações sociais e seguro de berçário e outros. O pacote de serviços disponibiliza vacinas, consultas médicas com generalista, diagnóstico e tratamento de determinadas

	<p>Cirurgias de baixa, média e alta complexidade. Cirurgias reparadoras. Transplantes de órgãos. Internações sejam cirúrgicas, obstétrica, psiquiátrica, pediátrica, para reabilitação ou para casos crônicos.</p>		<p>doenças, atenção odontológica, métodos de planejamento familiar, diagnóstico e tratamento de fraturas. Oferece ainda 285 intervenções, 522 medicamentos e 59 intervenções financiadas pelo Fundo de Proteção contra Gastos Catastróficos (doenças de alto custo). Todos os demais serviços são pagos separadamente.</p>
<p>Acesso e qualidade</p>	<p>Conta com o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade dela, permitindo maior transparência e efetividade das ações do Governo direcionadas a essa área. Além do O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (Pnass) originou-se do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (Pnash), desenvolvido a partir de 1998. Que tem como objetivo, avaliar a totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares, contemplados com recursos financeiros provenientes de programas, políticas e incentivos do Ministério da Saúde, quanto às seguintes dimensões: estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e a satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido.</p>	<p>Acesso e qualidade</p>	<p>Conta com a Comissão Federal de Proteção contra Riscos à Saúde é responsável por proteger a população de eventos exógenos; monitoramento das unidades de saúde; prevenir e controlar fatores ambientais; promover saneamento básico e saúde ocupacional; controlar os riscos à saúde associados a produtos e serviços; realizar o controle sanitário do processo, uso, manutenção, importação, exportação e disposição final de equipamentos e suprimentos médicos; regular, do ponto de vista sanitário, a publicidade de atividades, produtos e serviços; controlar a disposição dos órgãos, tecidos e seus componentes, e doações e transplantes de órgãos, tecidos e células de seres humanos. Também monitora a segurança dos alimentos e a qualidade bacteriológica e físico-química da água para consumo humano e garante a qualidade, a segurança e a eficácia dos medicamentos produzidos e vendidos no mercado.</p>
<p>Integração e Coordenação</p>	<p>Em 2010 foi definido a Redes de Atenção à Saúde como sendo uma rede de organização de ações e serviços de saúde, integradas por um sistema de apoio técnico, logístico e de gestão, garantindo a integralidade do cuidado.</p>	<p>Integração e Coordenação</p>	<p>O governo mexicano conta com uma Subsecretária de Integração e Desenvolvimento do Setor da Saúde.</p>
	<p>Em 2017 foi implementado um novo Sistema Eletrônico de Informações, o SEI, um sistema</p>		<p>A Diretoria Geral de Avaliação de Desempenho da Secretaria de Saúde é responsável por avaliar o</p>

<p>Registro eletrônico de saúde</p>	<p>de gestão de processos e documentos arquivísticos eletrônicos, com o objetivo de uniformizar as informações, aumentar a produtividade, permitir acesso a informações em tempos reais e promover maior eficiência administrativa. O Sistema Protocolo Integrado é uma base de dados onde contém informações documentais ou de processos, a fim de resultar em maior eficiência, diminuir a perda de documentos e a demora no trâmite.</p>	<p>Registro eletrônico de saúde</p>	<p>desempenho dos sistemas de saúde nacionais e estaduais, programas prioritários e serviços de saúde pessoal e pública. Os resultados de suas atividades são publicados em prestações de contas, relatório anual que acompanha os compromissos estabelecidos no Programa Nacional de Saúde e uma série de relatórios em que são apresentados os produtos de avaliações comparativas dos sistemas estaduais de saúde e das diferentes instituições de saúde.</p>
<p>Contenção de custos</p>	<p>Os gastos totais com saúde no Brasil corresponderam a 9,47% do Produto Interno Bruto (PIB) em 2020. Foi criado o Programa Nacional de Gestão de Custos foi criando com finalidade de calcular os custos dos serviços prestados, relacionados à atividade produtiva.</p>	<p>Contenção de custos</p>	<p>Os gastos totais com saúde como percentuais do PIB corresponderam a 6,9% em 2020.</p>
<p>Inovação</p>	<p>O SUS possui uma área de Ciência e Tecnologia que é responsável pelo incentivo ao desenvolvimento de pesquisa em saúde, que investe em pesquisas e conhecimento científico e tecnológico para melhoria e inovações do Sistema Único de Saúde.</p>	<p>Inovação</p>	<p>A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) em sua revisão sobre o sistema de saúde mexicano em 2016, relata os avanços no sistema de saúde do país ao longo dos anos.</p>

Fonte: Adaptado de Galante et al¹¹

O Quadro 1 realiza uma análise comparativa dos sistemas de saúde do Brasil e México. Nesse contexto, é realizada uma análise descritiva causal, correlacionando as semelhanças e diferenças entre as unidades de estudo, com ênfase nas variáveis políticas durante o período de 2020 a 2021. Para tanto, é apresentado um quadro de referências comparativas para que o julgamento analítico seja visualizado¹⁰.

Quadro 2. Principais marcos históricos da saúde pública no Brasil e México (1808-2020)

Da Descoberta aos anos de 1930	De 1810 até a Revolução Mexicana (1910)
BRASIL	MÉXICO
<p>1500 e 1930 - o Brasil é marcado pela ausência de atenção a saúde pública, contando com algumas medidas sanitárias implantadas nos portos a partir da chegada da Família Real.</p> <p>1808 - primeiro Colégio médico é fundado em Salvador.</p> <p>1904 - Revolta da Vacina - 1.500 pessoas designadas a erradicar a febre amarela, por meio de desinfecção forçada e autoritária da cidade e a instituição da vacina obrigatória.</p> <p>1917 e 1919 - o período de industrialização agregou um intenso processo de urbanização e imigração europeia, marcada com greves gerais pela luta de direitos.</p> <p>1923 - a Previdência Social no Brasil teve início, com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's), que beneficiavam os operários urbanos.</p> <p>1960 - os trabalhadores rurais com a criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL).</p>	<p>1910 - período anterior a Revolução Mexicana - a população não contava com nenhum modelo de saúde, os únicos meios de atenção a saúde eram promovidos pelos hospitais da igreja católica</p> <p>1831-criadas a Facultad de Medicina del Distrito Federal.</p> <p>1836 - criada a Academia de Medicina</p> <p>1841- criado o Consejo Superior de Salubridad.</p> <p>1856 - com as eleições do Presidente Benedito Juárez – inicia-se ações de atenção à saúde, a qual adquire um caráter de obrigação estatal, com a transferência da administração de hospitais da igreja para o Estado.</p> <p>1863-1867 - cria-se o Hospital de Maternidade e o Instituto de surdos-mudos.</p> <p>1879 - cria-se o projeto “Iguales médicos-farmacéuticas nacionales”, que trabalhou fortemente os princípios da união entre a atenção médica e a medicina preventiva.</p> <p>No final do séc. XIX - estabelecido no Código Sanitário à divisão de funções a nível federal e estadual.</p> <p>1910 - Revolução Mexicana – em detrimento das desigualdades sociais e insatisfação da população.</p>
Do Governo Getúlio Vargas 1930 a 1985	Do período pós-revolucionário até o final da década 50

<p>1933 - sob governo de Getúlio Vargas, as CAP's foram substituídas pelo Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP), sendo organizados por classe (e não por empresa) e com um sistema de capitalização forçada.</p> <p>1938-1943 - há a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).</p> <p>1953-1954 - são criados o Ministério de Saúde, desmembrado Saúde e Educação e a Escola Nacional de Saúde Pública.</p> <p>1956 - criados o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNER) e o Instituto Nacional de Endemias Rurais (INER).</p> <p>1960 - aprovou-se a Lei Orgânica da Previdência, sob forte negativa da unificação dos IAP's.</p> <p>1964 - um golpe de Estado, a ditadura instalada- foi criado nesse período, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).</p> <p>1974 - o sistema previdenciário deixa do Ministério do Trabalho, consolidado o Ministério da Previdência e Assistência Social, junto com o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social que proporcionou a remodelação e ampliação dos hospitais privados conveniados.</p> <p>1975-1976 - criou-se o Sistema Nacional de Saúde que contava com poucos recursos e estava focado na medicina preventiva, e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento que recebeu técnicos do movimento sanitaria, expandindo a rede ambulatorial pública em todo Brasil.</p> <p>Anos 1980:</p> <p>1981 - é criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária. Contexto de redemocratização e ampla mobilização social; articulação do movimento pela reforma sanitária.</p> <p>1988 - Constituição: Seguridade Social ampla; saúde como direito de todos e dever do Estado; criação do Sistema Único de Saúde: público, universal, gratuito, integral, orientado pela descentralização e controle social.</p>	<p>1916 - criado o Instituto Bacteriológico Nacional produtor da vacina contra varíola em grande escala.</p> <p>1920 - criação da Fundación Rockefeller - pioneira nas campanhas de combate a febre amarela e na formação de sanitaristas.</p> <p>1922 - Escuela de Salubridad - hoje atual Escuela de Salud Pública.</p> <p>1928 - a criação das Unidades Sanitárias Corporativas, que se converteu em 1932 em Coordenação de Serviços Sanitários.</p> <p>1931 - criada a Ley Federal del Trabajo</p> <p>1932 - criada a Coordinación de Servicios Sanitarios.</p> <p>1936 - ano de inauguração do Hospital Huipulco de Enfermedades respiratórias.</p> <p>1937 - criada a Secretaría de Asistencia Pública.</p> <p>1938 - o primeiro centro formal de investigação, o Instituto de salubridad y enfermedades tropicales (ISET).</p> <p>Décadas de 30 e 40 - foi organizado o Plano Sexenal que tinha como objetivo o progresso do país em todos os sentidos, o período é caracterizado, também, pela continuidade dos programas de saúde e atenção médica voltada ao meio rural, até então marginalizado pelas políticas centralizadoras.</p> <p>1943 - é formada a Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), e criado o Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que desde então proporciona serviço médico e social aos trabalhadores formais e suas famílias, o IMSS completou o tripé Salubridad, Asistencia e Seguridad social.</p> <p>1959-1960 - são criados o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) e o Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI).</p>
<p>De 1990-1999</p>	<p>De 1960 até os anos 2000</p>
<p>Governo Collor-PRN (1990- 1992); impeachment; Governo Itamar Franco-PMDB (1993- 1994); Governo Fernando Henrique Cardoso – PSDB (1995-2002):</p> <p>Política econômica: Reformas neoliberais: abertura econômica, privatizações, reforma do Estado e contenção de gastos públicos.</p> <p>Aposentadorias/Pensões: Lei Orgânica da Previdência em 1991; propostas de privatização sofrem resistências; a partir de 1998, reformas incrementais reforçam o componente contributivo e mudam regras de acesso aos benefícios; mantido o</p>	<p>A partir dos anos 60 tenta-se reduzir os gastos com saúde e atender as novas demandas geradas pela explosão demográfica decorrente da industrialização, o país atravessava um processo de populismo, que engendrou a burocracia e a corrupção por parte do governo.</p> <p>Anos 1970: IMSS começa a oferecer serviços de saúde para pobres rurais sem cobertura.</p> <p>Os anos 70 foram marcados por uma crise econômica que desvalorizou o peso mexicano e afetou diretamente o sistema de saúde. A secretária de Salubridad y Asistencia, se transforma em 1985</p>

<p>caráter público;</p> <p>Assistência Social: mudanças institucionais (Lei Orgânica da Assistência Social); aumento das políticas de transferência de renda no final da década.</p> <p>Política de Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Influenciada pelas agendas da reforma sanitária e de reforma do Estado. - Início da implementação do SUS sob dificuldades financeiras; - Ênfase na descentralização; expansão de serviços públicos descentralizados; - Adoção de mecanismos de coordenação intergovernamental e de controle social; <p>Principalmente no período 1995-2002:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expansão do Programa Saúde da Família - Avanços em políticas de saúde mental, controle de HIV/ AIDS; controle do tabaco. - Empresas de planos e seguros de saúde: lei de regulação em 1998 e criação de agência reguladora em 2000; regulação limitada e crescimento do setor. - Dentre os avanços alcançados na construção do SUS, desde sua criação, estão àqueles abordados pelas 9ª, 10ª, 11ª Conselho Nacional de Saúde, e foram conquistados pouco a pouco. - A evolução tecnológica também foi um importante passo para o desenvolvimento do SUS como o conhecemos na atualidade. Os Sistemas de Informação em Saúde prestam um importante serviço em apoio à gestão e compartilhamento de informações, e auxiliam em termos decisórios do SUS. 	<p>em Secretária de Salud e a Reforma Sanitária começa a se articular entre o final da década 80 e início da década de 90.</p> <p>Anos 1980</p> <ul style="list-style-type: none"> - Governo de Miguel de la Madrid-PR (1982-1988): - Crises econômicas: reformas de austeridade, contenção do gasto público; - Democracia restrita; - Reforma constitucional de 1983 – direito das pessoas à proteção da saúde; - Constrangimentos orçamentários ao IMSS, ISSSTE e Secretaria de Saúde. <p>1983-1984 - Descentralização de serviços de saúde, sob condições financeiras adversas, envolvendo 14 estados.</p> <p>-Governos do PRI de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994) e Ernesto Zedillo (1994-2000)</p> <p>Política econômica: Crises econômicas e reformas neoliberais;</p> <p>Aposentadorias/Pensões: sucessivas propostas de privatização do seguro social;</p> <p>Em 1995: privatização do sistema de pensões (IMSS); resistências à privatização da saúde e do ISSSTE.</p> <p>Assistência Social: expansão de políticas de combate à pobreza (transferência de renda).</p> <p>Política de Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reforma do Setor Saúde 1995-2000-descentralização envolve os 32 estados; criação de “organismos públicos descentralizados” e fundo público para transferências federais. -IMSS – Após privatização das pensões, dificuldades financeiras crescentes para a atenção médica. -Baixo investimento nos serviços públicos e incentivo à contratação de privados (ainda limitada).
<p>2000 a 2020</p>	<p>2000 a 2020</p>
<p>Governos do PT- Lula (2003 a 2010) e Dilma Rousseff (2011- 2014).</p> <p>Políticas econômicas: estabilidade monetária; porém retomada de políticas desenvolvimentistas, ênfase na criação de empregos formais, no aumento do salário-mínimo e do poder de consumo da população.</p> <p>Aposentadorias/Pensões: reformas incrementais nos regimes geral e dos servidores públicos reforçam caráter contributivo e mudam critérios de acesso; mantém-se o caráter público do sistema.</p> <p>Assistência social: expansão das políticas de transferência de renda; ampliação do Benefício de Prestação Continuada e criação do Programa Bolsa Família; ênfase na expansão de direitos de grupos vulneráveis (população negra, LGBT, mulheres).</p> <p>Política de Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Políticas de fortalecimento da Estratégia Saúde da Família: inclusão de novos profissionais nas equipes programa Mais Médicos (contratação de médicos para áreas remotas e abertura de vagas para 	<p>Governos PAN de Vicente Fox (2000-2006) e Felipe Calderón (2006-2012) – rompem com mais de 70 anos do PRI no governo nacional.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eleição de Peña Nieto - PRI retorna ao poder em 2012. <p>Política econômica: continuidade das políticas neoliberais; incentivos à expansão do setor privado.</p> <p>Aposentadorias/Pensões: propostas de expansão da participação privada no ISSSTE (planos complementares para os servidores);</p> <p>Assistência social: expansão das políticas de transferência de renda.</p> <p>Política de Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lei do Sistema de Proteção Social em Saúde e Criação do Seguro Popular de Saúde (2003) - voluntário e para pobres. -IMSS-Solidariedade passa a se chamar IMSS-Oportunidades; serviços passam a ser disponibilizados para beneficiários do Seguro Popular em 2011. -IMSS e ISSSTE – dificuldades financeiras; lenta

<p>Medicina).</p> <ul style="list-style-type: none"> -Programas prioritários para áreas críticas: saúde bucal, atenção às urgências e assistência farmacêutica. -Estratégias de promoção da saúde. -Estratégias de fortalecimento da produção nacional de insumos estratégicos para a saúde; -Estratégias voltadas para a educação e gestão do trabalho em saúde. -Setor privado suplementar (empresas de planos e seguros de saúde) - limitada regulação pela agência reguladora. <p>Final de 2014: Medida Provisória (que se torna Lei em 2015) autoriza abertura do setor saúde ao capital estrangeiro, inclusive na assistência à saúde. Um importante marco legal foi o da criação da Portaria nº 4.279 de 2010, que conceitua a Rede de Atenção à Saúde e rege os princípios organizacionais, tendo em vista o embasamento legal da legislação do SUS, e com o objetivo de ação integrada e resolutiva para ações de Saúde. Contudo, outro importante fato legal, é o Decreto nº 7.508 2011, decreto este que regulamenta a Lei 8080/90, rege sobre as ações e articulações entre as esferas governamentais em prol do planejamento e assistência à saúde, com ênfase à regionalização. A participação da sociedade sobre a avaliação dos serviços públicos é garantida por Lei, neste sentido o Programa de Modernização das Ouvidorias do SUS visa ampliar o número de ouvidorias do SUS em 20%, meta a ser batida até 2019. Atualmente, a saúde pública no Brasil sofre desafios do mau gerenciamento e de falta de investimentos financeiros. Como resultado, temos um sistema em colapso, na maioria das vezes insuficiente e com pouca qualidade para atender a população. Os principais desafios da saúde pública no Brasil são: falta de médicos – o Conselho Federal de Medicina estima que exista 1 médico para cada 470 pessoas; falta de leitos- a situação é ainda mais complicada quando se trata de Unidade de Terapia Intensiva; falta de investimentos financeiros - em 2018, apenas 3,6% do orçamento do governo federal foi destinado à saúde (média mundial é de 11,7%); grande espera para atendimento; agendamento de consultas com médicos especialistas demora meses, mesmo para os pacientes de precisam de atendimento imediato; o mesmo acontece com a marcação de exames.Com a aprovação da Emenda Constitucional 95 (EC 95/2016), todo o Sistema Único de Saúde tem sido afetado não mais pelo cenário de subfinanciamento, mas de desfinanciamento. O Programa Mais Médicos foi substituído pelo Programa Médicos pelo Brasil, reforçando elementos privatizantes na assistência e na gestão. Nota Técnica (11/2019) do Ministério da</p>	<p>expansão da contratação de serviços privados.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Crescimento de consultórios médicos; pequeno crescimento do segmento de planos privados. <p>Desde 1990 o México atinge indicadores bastante positivos na área da saúde, mas seu sistema ainda deve ser bastante trabalhado e corrigido para que o sistema seja universalizado, já que muitos ainda não possuem nenhum tipo de assistência médica no país. Atualmente, o número de profissionais de saúde ultrapassa a marca dos 360 mil, dos quais 58% são mulheres e 42% homens. O Sistema Nacional de Saúde do México, em sua operação, apresenta segmentação e fragmentação. Coexistem diferentes seguradoras que agem de forma independente e desarticulada, e o acesso a uma ou outra é função da inserção laboral e forma de pagamento das famílias. As principais seguradoras são: O Instituto Mexicano de Seguridade Social (IMSS), que cobre 43,3% da população total do país; O Instituto de Segurança e Serviços Sociais para Trabalhadores do Estado (ISSSTE), que cobre cerca de 7% da população; A Petróleos Mexicanos (PEMEX), as Forças Armadas, a Secretaria da Marinha e várias seguradoras de trabalhadores estatais, cobrindo 5,9% da população. As pessoas que trabalham em empregos informais ou estão desempregados, tem como alternativa os serviços oferecidos pela Secretaria da Saúde (SSA) por meio do Seguro Popular (SP), que oferece 285 intervenções, 522 medicamentos listados no Catálogo Universal de Serviços de Saúde (Causes) e 59 intervenções financiadas pelo Fundo de Proteção contra Gastos Catastróficos, destinado a doenças de alto custo. Os serviços de saúde pública no México são cobertos pelo IMSS (Instituto Mexicano de Seguridade Social). Esse órgão garante o direito à cobertura de doenças, assistência médica, proteção social e serviços sociais. O segurado desfruta de cobertura para hospitalização, assistência médica, operações cirúrgicas e medicamentos. Em caso de doença ou acidente de trabalho que lhe deixe incapaz de trabalhar, o IMSS pagará uma parte do seu salário por um período máximo de 52 semanas. No México existe um setor privado lucrativo de serviços de saúde. O Seguro Popular cobre 30,9% da população idosa. Observa-se uma menor taxa de hospitalização, mas ela não decorre necessariamente de melhores condições de saúde na população, mas sim do fato de que as principais causas de internação não são cobertas pelo Seguro Popular. Destaca-se, porém, a carência de cobertura para doenças mais dispendiosas, que acometem principalmente essa população. Outro ponto de fragilidade é em relação à prescrição e disponibilidade de medicamentos, uma das principais queixas dos filiados ao Seguro Popular. Apesar de terem mais medicamentos prescritos nas consultas do que a população sem cobertura, o</p>
---	---

Continuação...

<p>Saúde: “Nova saúde mental”, o governo defende a retomada da ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos. No primeiro mês do novo mandato, o governo Bolsonaro, alegou no Conselho Nacional de Saúde que era necessário combater a corrupção do subsistema de saúde indígena, anunciando uma proposta de municipalização das ações de atenção básica à saúde e de saneamento básico em aldeias indígenas.</p>	<p>acesso a esses medicamentos é restrito, sendo disponibilizado em média 65% do que foi receitado.</p>
--	---

Fonte: Adaptado de Rodrigues¹²; Carvalho et al¹³; Krasniak et al¹⁴; Weille¹⁵

O Quadro 2 narra os marcos históricos da saúde pública no Brasil e México. Nele, pode-se perceber elementos de dependência na trajetória, uma evidente persistência da estratificação social e da mercantilização em saúde, embora sob características distintas.

O Sistema Único de Saúde (SUS), ao longo de mais de 30 anos, é considerado um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo devido aos avanços alcançados em prol da saúde dos brasileiros. Entre todos os países do mundo com população superior a 200 milhões de habitantes, nenhum oferece um sistema de saúde que proporcione atendimento integral aos cidadãos. Além de prover assistência à saúde, o SUS oferece desde o fornecimento de medicamentos, vacinação gratuita e vigilância em saúde até o financiamento de pesquisas. Ele abrange várias outras frentes do sistema, com o objetivo de assegurar que o direito à saúde seja acessível a todos no país.

No entanto, os desafios do SUS ainda são grandes, incluindo a garantia de atenção universal a todos os cidadãos. Observa-se que restrições à política de saúde foram impostas devido ao financiamento descentralizado, à produção de insumos e à gestão do trabalho, em decorrência da agenda de reforma do Estado. Além disso, as relações público-privadas na área da saúde, promovidas pelas reformas orientadas para os mercados, associam-se à influência do setor privado. Apesar da expansão dos serviços públicos, o SUS ainda depende de serviços privados, como leitos e laboratórios, entre outros. Ademais, a renúncia fiscal subsidia empresas de planos e seguros de saúde, que continuam a crescer. Embora a Agência Nacional de Saúde (ANS) tenha sido criada em 2000 com o objetivo de regular contratos e organizar o mercado de planos, ainda assim, não foi possível conter o crescimento desse setor. Isso representa uma afronta ao princípio da gratuidade, embora a participação desse setor seja garantida pela Constituição³.

Dois cenários são visíveis. Por um lado, os subsídios e a frágil regulação estatal sobre o setor privado possibilitaram que empresas de saúde expandissem suas estratégias políticas e de mercado. Por outro lado, a participação federal no gasto público em saúde diminuiu e os investimentos em infraestrutura continuaram baixos. Assim, esse modelo mercadológico tem acarretado iniquidade no acesso à saúde. Outro grande problema foi a promulgação da lei que autoriza a entrada de capital estrangeiro na

saúde, inclusive na prestação de serviços³⁻¹⁶.

Atualmente, pode-se observar que as políticas em defesa da saúde como um direito universal e dever do Estado estão sujeitas ao avanço de disposições políticas que afetam o efeito protetor conferido pela Constituição e pela Lei Orgânica da Saúde, enfraquecendo a base material e técnica que minam a institucionalidade do SUS, afetando-o cada vez mais por questões financeiras. Além do mais, o orçamento da saúde continua dependente de negociações com autoridades econômicas³.

Diante do exposto, a sociedade brasileira clama por mudanças no quadro preocupante das condições do setor de saúde. O debate sobre como melhorar o atendimento à saúde, que é precário, principalmente nas camadas mais pobres da população, tem ocorrido em diferentes setores. O SUS tem sido afetado não apenas pelo cenário de subfinanciamento, mas também pelo desfinanciamento, desde a aprovação da Emenda Constitucional 95 (EC 95/2016), que promoveu a queda nos valores gastos pelo governo federal. O sistema já perdeu R\$ 8,5 bilhões devido ao congelamento do piso de aplicação em saúde¹⁶.

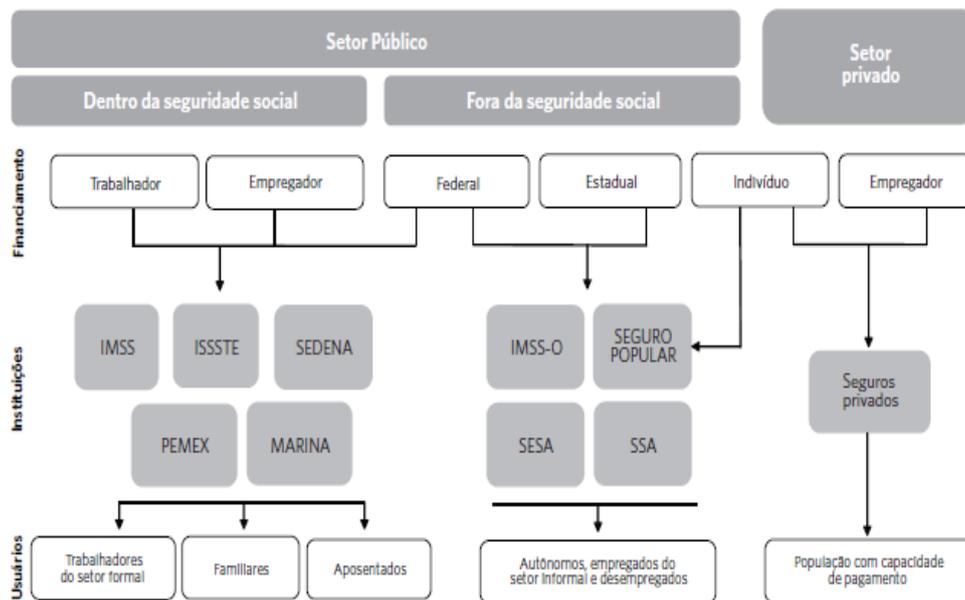
Exemplificando o cenário atual, é possível perceber o quanto as mudanças são impactantes: o Programa 'Mais Médicos' foi substituído pelo Programa 'Médicos pelo Brasil', consolidando a hegemonia da categoria médica. A 'Nova Saúde Mental', apresentada na Nota Técnica (11/2019), na qual o governo defende a retomada da ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos, vai na contramão de tudo o que foi construído até então na lógica da reforma psiquiátrica brasileira, que garantia o cuidado em liberdade, dignidade e, principalmente, com respeito aos direitos humanos. Da mesma forma, na Saúde Indígena, a situação não difere, uma vez que foi anunciada uma proposta de municipalização das ações de atenção básica à saúde e saneamento básico em aldeias indígenas¹⁵.

Outras medidas preocupantes da atual administração também precisam ser destacadas, como a liberação de agrotóxicos, que terá consequências a médio e longo prazo, bem como grandes efeitos sobre as condições de vida e saúde da população brasileira, dado que houve a autorização do registro de 121 novos agrotóxicos. Da mesma forma, a redução tributária para os fabricantes de cigarros no Brasil, além de aumentar o consumo e acarretar graves prejuízos à saúde, não reduzirá o contrabando, mas sim a arrecadação de impostos¹⁵. O México historicamente

possui um sistema de saúde fragmentado em diversas instituições públicas, o que favorece a cobertura de saúde apenas para metade da população com trabalho formal. Segundo dados de 2000, 57,6% da população não possuía cobertura de saúde. Em 2006, esse número caiu para 50%, e em 2012, aqueles sem cobertura eram 21%. Em 2004, foi criado o Seguro Popular com o intuito de aumentar a cobertura de

serviços de saúde. Apesar da melhora nesses índices, após quase duas décadas de funcionamento, uma parcela significativa da população permanece sem cobertura devido ao Seguro Popular, que prioriza populações mais vulneráveis, como as rurais e indígenas.¹⁴

Figura 1. Sistema de saúde mexicano em suas diferentes formas de financiamento, instituições e usuários



Fonte: Adaptado Dantes⁽⁴⁾; Krasniak et al¹⁴

Legenda: IMSS=Instituto Mexicano de Seguro Social; ISSSTE=Instituto de Seguridad e Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; Sedena=Secretaría de Defensa Nacional; Pemex=Petróleos Mexicanos; Semar=Secretaría de Marina; IMSS-O=Programa Instituto Mexicano de Seguro Social-Oportunidades; SSA=Secretaría de Salud; Sesa=Servicios Estatales de Salud.

Conforme se observa na Figura 1 a segmentação do sistema de saúde mexicano apresenta-se como uma limitação para alcançar a equidade, pois existem várias instituições que fornecem assistência à saúde aos trabalhadores formais, tais como o Instituto de Seguridade e Serviços Sociais dos Trabalhadores do Estado e o Instituto Mexicano de Seguro Social. Por outro lado, a população sem trabalho formal tem acesso a outras instituições, como o Seguro Popular e os Serviços Estatais de Saúde. Assim, observa-se que o sistema de saúde é marcado pela participação de muitas instituições públicas prestadoras de serviços de saúde em um sistema altamente fragmentado.¹⁴

Para Krasniak e colaboradores¹⁴, a expansão da cobertura de saúde no México se contrapõe às barreiras de acesso aos serviços, que afetam até 20% da população. Cerca de 70% da população coberta pelo Seguro Popular utiliza os serviços para controle de Diabetes e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), mas não há oferta de controle metabólico ou acompanhamento oftalmológico.

O Seguro Popular cobre apenas 30,9% da população idosa, fragilizando a cobertura para a população e aumentando os gastos individuais. Observa-se também uma menor taxa de hospitalização, não decorrente de melhores condições de saúde, mas sim do fato de que as principais causas de internação não estão cobertas pelo Seguro Popular. Outro ponto de fragilidade diz respeito à prescrição e disponibilidade de medicamentos, já que o sistema disponibiliza em média apenas 65% dos medicamentos prescritos. Além disso, em relação à cobertura de diferentes diagnósticos, enquanto a seguridade social cobre 14.900, o Seguro Popular de Saúde cobre apenas 1.556^{17,14}.

Tanto o Seguro Popular de Saúde quanto a seguridade social apresentam índices de atendimento à saúde da mulher considerados intermediários. No entanto, o Seguro Popular de Saúde mostrou uma oportunidade quatro vezes maior de realização do pré-natal no tempo adequado. Entretanto, o indicador de cobertura de acesso efetivo revelou que apenas 6 em cada 10 gestantes realmente concluíram os procedimentos de diagnóstico e tratamento recomendados pelas normas de saúde mexicanas¹⁸⁻¹⁹.

Em 2012, 78,3% das crianças com Seguro Popular, menores de um ano, visitaram o médico para acompanhar seu desenvolvimento e crescimento. Independentemente de sua situação socioeconômica ou de seguro, elas receberam cartões de vacinação, e 80%

completaram seu calendário²⁰.

A prevenção e detecção de doenças crônico-degenerativas estão entre as intervenções de saúde mais prioritárias direcionadas às mulheres mexicanas. Mulheres com mais de 25 anos têm direito a um exame anual da mama e a um teste Papanicolau pelo menos uma vez a cada 3 anos para a prevenção do câncer de mama e do colo do útero. Contudo, em 2012, percebeu-se a baixa proporção de mulheres submetidas a exames de Papanicolau: apenas 6 em cada 10 seguradas e 4 em cada 10 mulheres não seguradas haviam feito o teste²⁰.

Vale acrescentar que causas de internação como o infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica, sendo algumas das principais, no México não são cobertas. Um paciente pode chegar a gastar mensalmente até 2,5% do salário-mínimo nacional (1,500 pesos) em sessões de hemodiálise. Vale ressaltar que o tratamento da hemodiálise representa uma carga financeira insustentável para os pacientes renais sem segurança social e seus familiares^{21,14}.

É fato que o Seguro Popular reduz os gastos com saúde da população filiada quando comparado à população sem cobertura, contudo, ele enfrenta diversas críticas devido ao fato de que milhões de mexicanos permanecem sem seguro. As despesas por desembolso direto continuam elevadas, além do acesso aos serviços de saúde ser limitado, aumentando a desigualdade de acesso à saúde³.

O Seguro Popular de Saúde é financiado pelos níveis estadual e federal, com uma parcela de coparticipação familiar. As Secretarias Estatais de Saúde contribuem com uma cota fixa e igual para todas as famílias e recebem uma 'cota solidária federal' de 22,5% destinada ao Seguro Popular de Saúde. Já as famílias filiadas contribuem com 3 a 4% de sua renda, exceto as mais pobres, que são isentas do pagamento.²²

Constata-se, então, que o Seguro Popular surgiu após um processo de reformas neoliberais no sistema de saúde mexicano, em consonância com a proposta de Cobertura Universal de Saúde (CUS), que visa reduzir o empobrecimento devido aos gastos com saúde na população sem seguridade social, oferecendo uma menor variedade de diagnósticos e tratamentos em comparação com a seguridade social. Além disso, o número de consultas, atendimentos de urgência e medicamentos é inferior. É indiscutível que teve um grande impacto nas populações indígena e rural; no entanto, 20% da população permanece sem cobertura, e o atendimento oferecido continua desigual¹⁴.

Diante disso, o México vem tentando adotar a CUS a partir do Seguro Popular de Saúde, por meio de um plano de saúde que possua subsídio governamental e seja destinado à população que não possui seguridade social. O sistema de saúde mexicano enfrenta inúmeros e complexos obstáculos em seus esforços para construir um esquema de cobertura universal equitativo e eficiente. Durante o Fórum sobre a CUS, em 2012, a Declaração do México foi firmada, sendo esse tema considerado um elemento central para o desenvolvimento global¹⁴.

Em síntese, o SUS, reconhecido internacionalmente, mas enfrenta desafios como financiamento descentralizado e influência privada. Reformas recentes e decisões políticas controversas ameaçam o acesso universal à saúde. Enquanto isso, o México possui um sistema fragmentado, com o Seguro Popular buscando cobertura universal, mas enfrentando críticas devido à falta de acesso abrangente e desigualdades. Ambos os países enfrentam obstáculos financeiros e pressões políticas para preservar a equidade no cuidado à saúde.

Considerações finais

As políticas de saúde dos países estudados seguiram trajetórias distintas nas últimas décadas, evidenciando dependência de trajetória e persistência na estratificação social e mercantilização da saúde, por meio de peculiaridades diversas. O SUS é considerado um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, garantindo assistência integral e gratuita a mais de 200 milhões de brasileiros. Em contrapartida, durante décadas, o México não foi governado por progressistas, passando por reformas neoliberais que impactaram a previdência social e a saúde. A criação do Seguro Popular reforçou a estratificação social no sistema de saúde mexicano, acentuando a segmentação do setor. Assim, Brasil e México demonstram que seus sistemas de saúde são fragmentados, seja pelo forte componente privado, ou pelos vulneráveis ciclos econômicos excludentes.

Lamentavelmente, o SUS vem sofrendo o chamado "desmonte da saúde pública", um processo de longo prazo que se intensificou na última década. As políticas públicas do governo atual visam à precarização das condições de saúde e vida da população, havendo uma tendência a negociações com o mercado, como planos/serviços privados de saúde, entre outros segmentos, o que descaracteriza os princípios da

integralidade e universalidade do SUS.

Quanto ao México, apesar do desenvolvimento promissor dos últimos anos, o estudo também constatou que o desempenho do sistema de saúde mexicano ainda está longe do desejado. Há um amplo espaço para melhorias tanto no aumento da qualidade do cuidado quanto na redução das iniquidades que afligem as comunidades mais pobres. Isso se deve à grande proporção de domicílios parcialmente não segurados, e esse "déficit" de cobertura causa transtornos ao bem-estar das famílias mexicanas.

Percebe-se ainda, a heterogeneidade operacional entre os subsistemas de seguros no México. Embora alguns indicadores de cobertura sugiram um melhor desempenho da Previdência Social em oposição ao Seguro Popular, observa-se que os níveis de cobertura efetiva de acesso são significativamente menores entre aqueles que não possuem seguro.

Enfim, as limitações do estudo indicam que indicadores eficazes de cobertura de acesso são úteis para avaliar melhor o desempenho dos sistemas de saúde, tornando-se, assim, um instrumento valioso que possibilita a revisão de práticas, concepções e serviços em saúde. No entanto, é necessário continuar desenvolvendo novas abordagens para medir o desempenho, principalmente no que diz respeito à medição da qualidade e ao desenvolvimento de sistemas adequados de informação. Visto que a comparação não visa apenas estabelecer padrões, mas busca referências que orientem novos caminhos. Por fim, a pesquisa apresentada demonstrou a importância crucial da comparação entre os sistemas de saúde, tornando-se imperativo para o entendimento das políticas públicas em saúde. O objetivo do estudo foi alcançado, uma vez que o processo de comparação proporcionou uma compreensão mais aprofundada da diversidade nos sistemas de saúde do Brasil e do México, contribuindo assim para um conhecimento mais abrangente e informado sobre as complexidades desses sistemas.

Referências

1. Opas. Organização Pan-Americana de Saúde. As políticas e os sistemas e serviços. In Autor, Saúde nas Américas. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde 2007; 1:314-405.
2. Santos JC, Melo W. Estudo de saúde comparada: os modelos de atenção primária em saúde no Brasil, Canadá e Cuba. Gerais, Rev. Interinst. Psicol.2018;11(1):79-98 .

3. Machado CV. Políticas de saúde na Argentina, Brasil e México: diferentes caminhos, muitos desafios. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(7):2197-212.
4. Dantés OG, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. *Salud pública de México* 2011; 53(2): 220-232.
5. Goertz G; Mahoney J. A tale of two cultures: qualitative and quantitative research in the social sciences. Princeton: Princeton University Press, 2012.
6. Cia World Factbook. Disponível em: <<https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/mexico/>>. (acessado em 03/Abri/21).
7. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus)/Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan). 2021. Disponível em: <<https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatorio-publico/index>> (acessado em 03/Abri/21).
8. Countryeconomy.com. Disponível em: <<https://pt.countryeconomy.com/>>. (acessado em 06/Abri/21).
9. Silva CG. Análise comparativa das características dos sistemas de saúde nas Américas [monograph]- Universidade de São Paulo; 2012.
10. Caramani D. "Introduction to Comparative Politics", in *Comparative Politics*. Oxford University Press 2011:2-15.
11. Galante ML, Carrer FCA, Neumann A, Giraldes AL, Pischel N. Country Profile - Iberoamerican Observatory of Public Policies in Oral Health. São Paulo: FOUASP 2021: 278. Disponível em: <https://sites.usp.br/iberoamericanoralhealth/wp-content/uploads/sites/642/dlm_uploads/2021/02/2021-ebook-country-profile.pdf>. (acessado em 03/Abri/21).
12. Rodrigues NCS. ANÁLISE COMPARATIVA DOS SISTEMAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E MÉXICO. Congresso Catarinense de Assistentes Sociais. 22 e 24 de agosto de 2013. Florianópolis-Santa Catarina. (acessado em 03/Abri/21). Disponível em: <<http://cress-sc.org.br/2013/08/23/i-congresso-catarinense-de-assistentes-sociais-22082013/>>.
13. Carvalho LRO, Rodrigues HSMC, Rosa CDP. Marcos históricos que permeiam a saúde pública brasileira: perspectiva de 1950 até 2019. *Revista Educação em Saúde* 2020; 8 (1): 161-177.
14. Krasniak LC, Catapan SC, Raschke, Medeiros GAR, Calvo, MCM. Análise do Seguro Popular de Saúde mexicano: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde em Debate* [online] 2019; 43(5): 273-285. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S522>>. (Acessado 22/Mai/2021).
15. Weille JAB. O desmonte do SUS em tempos de Bolsonaro. In: *Direitos Humanos no Brasil 2019: Relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos/Organização: Daniela Stefano e Maria Luísa Mendonça – 1.ed. – São Paulo: Outras Expressões, 2019. 285p.*
16. Araújo GBF, Miranda LOM, Nolêto IRSG, Aguiar WJL, Moreira AM, Freitas DRJ. COMPARAÇÃO ENTRE O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO E O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS: ANÁLISE GERAL. *Revista de Políticas Públicas-SANARE* 2017; 16(2):14-21.
17. López-Arellano, O, Jarillo-Soto, E.C. La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(2) :1-13.
18. Enciso GF, Navarro SM, Martínez MR. Evaluación de los programas de atención a la salud de las mujeres en las principales instituciones del sistema de salud de México. *Cad. Saúde Pública* 2015; 31(1):71-81.
19. Servan-Mori E; Heredia-Pi.I; Montañez-Hernandez,J, Avila-Burgos,L, Wirtz, VJ. Access to medicines by Seguro Popular beneficiaries: pending tasks towards universal health coverage. *PLOS ONE* 2015; 10(9):e0136823.
20. Urquieta-Salomón JE, Villarreal HJ. Evolution of health coverage in Mexico: evidence of progress and challenges in the Mexican health system. *Health policy plan* 2015; 31(1):28-36.
21. Mercado-Martínez FJ, Correa-Mauricio ME. Viviendo con hemodiálisis y sin seguridad social: las voces de los enfermos renales y sus familias. *Salud pública Méx* 2015; 57(2):155-60.
22. Laurell AC. Los seguros de salud mexicanos: cobertura universal incierta. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(6): 2795-806.

Endereço para Correspondência

Simone Regina Alves de Barros

E-mail: simoninhabarros2010@hotmail.com

Recebido em 17/02/2023

Aprovado em 16/10/2023

Publicado em 30/11/2023