

SEGUNDAS ALTERNATIVAS NO ACESSO À SAÚDE PÚBLICA NA AMÉRICA LATINA: QUAIS OUTROS CAMINHOS BUSCAR QUANDO O ESTADO NÃO GARANTE O ACESSO À SAÚDE?

Victor Faleiros Taveira^a

victor.taveira@ufv.br

Mateus Rovaroto Neves Silva^a

mateus.rovaroto@ufv.br

Marcelo Oliveira Furtado Ferreira^b

 <https://orcid.org/0000-0003-3027-8663>

marcelo@furtadoferreira.com.br

Carlos Eduardo Artiaga Paula^b

 <https://orcid.org/0000-0001-6927-9239>

carlosartiaga@ufv.br

RESUMO

Introdução: A saúde, compreendida como direito de bem-estar físico, mental e social e como direito da pessoa, possui como um dos principais apoios o Estado que assegura o acesso a tratamentos, medicamentos e atendimentos médicos. Na América Latina, o acesso à saúde nem sempre é facilmente obtido, devido a falhas e ineficiências administrativas como a burocratização, escassez de recursos, forte desigualdade social e programas políticos ineficientes. **Objetivo:** Diante da ineficiência do Estado em assegurar o acesso à saúde, este trabalho visa verificar quais são as segundas alternativas que o cidadão pode buscar em ter o acesso à saúde garantido em países da América Latina. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica sistematizada baseada na coleta de dados secundários (bases de artigos científicos online). Foram pré-selecionados 30 trabalhos que atendem ao objetivo de pesquisa, dentre os quais 7 foram utilizados para compor a escrita. **Resultados:** Na América Latina, os sistemas públicos de saúde se repartem em dois segmentos, Universal e Segmentado. O primeiro fornece todo o tipo de atendimento à saúde sem custo para os cidadãos e o segundo oferece parte da saúde de forma gratuita apenas à uma parcela da população, dividida em grupos sociais. Diante da ineficiência dos sistemas de saúde, na América Latina, é necessário recorrer a “segundos caminhos” que, neste trabalho, são: buscar a iniciativa privada, obter tratamentos em “mercados alternativos” ou em “práticas medicinais tradicionais” e a Judicialização da saúde. Destes “segundos caminhos”, a única via institucionalizada é a Judicialização da saúde e, por isso, será o cerne de estudo. Ela caracteriza-se como buscar, por meio do Judiciário, o acesso a medicamentos, tratamentos médicos e outros bens de saúde. Esse fenômeno visa assegurar ao cidadão o acesso à saúde pública, mas desestrutura o sistema de saúde ao realocar recursos para despesas não previstas e ao conceder o acesso à saúde apenas a pessoas determinadas e, por isso, não possuem uma visão ampla ou do todo como as políticas públicas. **Conclusão:** As segundas alternativas no acesso à saúde na América Latina acarretam severas consequências negativas e, por isso, o ideal seria que o Estado na esfera político-administrativa buscasse meios para efetivar a saúde.

Palavras-Chave: Judicialização da Saúde; América Latina; Gestão Pública; Segundas Alternativas no Acesso à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Health, understood as a right to physical, mental and social well-being and as a person's right, has as one of its main supports the State, which ensures access to treatments, medicines and medical care. In Latin America, access to health is not always easily obtained, due to administrative failures and inefficiencies such as bureaucratization, scarcity of resources, strong social inequality and inefficient political programs. **Objective:** Faced with the inefficiency of the State in ensuring access to health, this work aims to verify what are the second alternatives that citizens can seek to have guaranteed access to health in Latin American countries. **Methodology:** This is a systematic bibliographical research based on the collection of secondary data (online databases of scientific articles). A total of 30 works that meet the research objective were pre-selected, among which 7 were used to compose the writing. **Results:** In Latin America, public health systems are divided into two segments, Universal and Segmented. The first provides all types of health care at no cost to citizens and the second offers part of health care free of charge only to a portion of the population, divided into social groups. Faced with the inefficiency of health systems in Latin America, it is necessary to resort to “second paths” which, in this work, are: seeking private initiative, obtaining treatments in “alternative markets” or “traditional medicinal practices” and the Judicialization of health. Of these “second paths”, the only institutionalized path is the Judicialization of health and, therefore, will be the core of the study. It is characterized as seeking, through the Judiciary, access to medicines, medical treatments and other health goods. This phenomenon aims to ensure that citizens have access to public health, but disrupts the health system by reallocating resources to unforeseen expenses and by granting access to health only to certain people and, therefore, do not have a broad view or of the whole as public policies. **Conclusion:** The second alternatives in access to health in Latin America entail severe negative consequences and, therefore, the ideal would be for the State in the political-administrative sphere to seek means to implement health.

Keywords: Judicialization of Health; Latin America; Public Management; Second Alternatives in Health Access.

^a Universidade Federal de Viçosa, campus Rio Paranaíba/MG, Brasil.

^b Programa de Mestrado Profissional em Administração Pública da Universidade Federal de Viçosa, campus Rio Paranaíba/MG, Brasil.

INTRODUÇÃO

Nos países da Latino-americanos, o acesso à saúde ocorre por meio de sistemas públicos, privados e em alguns países através do seguro social. Assim, o sistema público é aquele que por meio do Estado proporciona acesso à saúde para todas as pessoas. Já o sistema privado parte de investimentos de instituições privadas que visam o retorno financeiro das pessoas em troca de condições de tratamentos à saúde. Por fim, o seguro social consiste na participação financeira das pessoas, inclusive de todos os contribuintes e de suas famílias (CARDOSO,2021).

Partindo de tal compreensão, o presente trabalho parte da constatação observada nos estudos de Medici (2011), D'avila (2020) e Daniels (2015) de que o Sistema Público de Saúde na América Latina é ineficiente em assegurar o acesso à saúde pela via pública. A partir dessa constatação, buscou identificar e analisar quais alternativas que os cidadãos poderiam procurar para obter o amparo e a assistência necessária. Para tanto, a compreensão dos sistemas de saúde pública se torna indispensável e fundamental para o entendimento de como ocorre o acesso à saúde nos países latino-americanos.

REFERENCIAL TEÓRICO

Na América Latina, existem dois sistemas de saúde predominantes: o universal e o segmentado. O Sistema Universal de Saúde tem como base seu financiamento por fundos públicos a partir da receita de impostos gerais e contribuições sociais, proporcionando uma maior solidariedade, redistribuição e equidade (GIOVANELLA, 2018). Isso se dá devido ao princípio da universalidade que consiste em defender e amparar os direitos dos cidadãos de maneira homogênea e prezando pela dignidade humana (CUNHA, 2016). Já o modelo segmentado se caracteriza como um sistema, o qual apenas uma parcela da população recebe atendimento, como, por exemplo, aqueles com menor condição financeira, os cidadãos mais velhos e os trabalhadores ligados a algum grupo profissional (MENDES, 2012).

Para se entender o Sistema Universal, é preciso compreender a Cobertura Universal (CUS) em si. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a CUS não deve implicar apenas no financiamento da saúde, mas sim buscar abranger igualmente todas as componentes do sistema de saúde, sendo elas: sistemas de prestação de serviços de saúde, força de trabalho da saúde, redes de unidades de saúde e de comunicações,

tecnologias da saúde, sistemas de informação, mecanismos de garantia de qualidade, governação e legislação (OMS, 2021). Dessa forma, todos os indivíduos e comunidades recebem os serviços de saúde de que necessitam, sem ficarem expostos a dificuldades financeiras, pensando nos cuidados primários, secundários e terciários.

Os cuidados primários se referem ao contato inicial entre cuidado e paciente visando a prevenção e redução de casos mais graves, sem oferecer tratamentos muito complexos, pois visa a promoção da saúde. É extremamente fundamental em qualquer modelo de saúde pública (SOLDÁ, 2018). Os cuidados secundários se caracterizam como um nível de atendimento e cuidado mais complexo, oferecendo profissionais mais especializados e assim buscando um serviço mais preciso e especializado focado na recuperação da saúde (Ibid.). Já os cuidados terciários se configuram como serviços extremamente focados e especializados, em um cenário no qual o paciente provavelmente passou pelo primário e secundário e mesmo assim precisa de mais atenção, muitas vezes girando em torno de internações mais aprofundadas, buscando sempre a recuperação do paciente.

Partindo do entendimento de como se configura a saúde na América Latina, existe ainda a presença de subsistemas com financiamento e regras diferentes perante o *status* social de cada indivíduo, seja laboral, social ou em relação à própria condição financeira. Em outras palavras, cada segmento de seguro social possui coberturas e amparos distintos, evidenciando a diferença entre classes e as iniquidades perante os diversos acessos, os quais podem possuir mais benefícios do que outros (KEMPER, 2018).

Na América Latina, os sistemas de saúde sofreram grandes alterações e impactos ao longo dos anos. Tais sistemas foram severamente afetados pela Declaração de Alma Ata, a qual trouxe a atenção para a questão dos Direitos Humanos principalmente focada no desenvolvimento da saúde e pregou o auxílio para o acesso universal (ATUN, 2014).

A declaração exigia a universalização de acesso com base na necessidade existente em cada país, visando a equidade na saúde, ampla participação dos cidadãos e abordagens intersetoriais com objetivo de proporcionar a construção de um trabalho sob uma perspectiva horizontal (ATUN, 2014). Nas décadas de 80 e 90, as reformas realizadas nos sistemas de saúde tiveram o objetivo de estruturar e desenvolver de fato o direito à saúde, previsto nas constituições federais e minimizar a fragmentação dos serviços resultante da adoção de diferentes modelos (KEMPER, 2018).

Por fim, destacam-se como principais pontos negativos em relação ao acesso à saúde na América Latina, em decorrência da evolução através do passar dos anos, como sendo as assimetrias de informação, as iniquidades no acesso, decorrência da forte desigualdade financeira no continente e das ineficiências nos processos de prestação de serviços por parte dos órgãos públicos (MEDICI, 2011).

METODOLOGIA

A presente pesquisa consiste em uma revisão bibliográfica sistematizada a fim de elaborar e levantar dados qualitativos acerca do acesso à saúde nos países latino-americanos. Buscou-se, por meio de palavras-chaves de buscas como “Judicialização AND saúde”, “*Judicialization AND health*” (apenas em inglês), *Judicialization AND health* (apenas espanhol), “*Salud OR Derechos AND Políticas Públicas*”, “*Judicialization AND Health AND Public*”, “*Access AND Health AND Latin America*”, “Saúde AND Tribunal AND América Latina” e “*Latin America AND Cross border AND health*”.

Assim, buscou-se o foco em países como Brasil, Colômbia, Argentina e México, a fim de se entender o funcionamento de seu sistema de saúde pública e quais empecilhos existentes ocasionam a procura dos cidadãos pelas segundas alternativas no acesso à saúde pública. Contudo, neste trabalho, foram apresentados exemplos pontuais de outros países latino-americanos para complementar o trabalho.

Utilizou-se bases de dados *online* como Scielo, Capes, Dimensions, *PubMed*, Google Acadêmico e também sites institucionais. Foram obtidos, na primeira busca, 455 artigos, dentre os quais, após leitura do título e resumo, 23 foram pré-selecionados. Em seguida, após leitura detalhada dos textos, 7 deles foram selecionados por atender o objetivo de pesquisa, conforme demonstra o quadro abaixo:

Quadro 1 – Artigos que atenderam aos critérios da pesquisa.

<u>Título</u>	<u>Autor</u>	<u>Ano Publicação</u>	<u>Tema central</u>	<u>País/Países abordados</u>
Ações judiciais em saúde: revisão integrativa	Paula Mestre Ferreira Batistella	2019	Análise da ocorrência dos principais tipos de judicialização da saúde, sendo o tipo de ação mais demandada o acesso ao medicamento a nível internacional.	Brasil

Judicialization of health in Brazil and Colombia: a discussion in light of the new Latin American constitutionalism	Luciana Souza d'Ávila	2020	Descrição do acesso à saúde em países latino-americanos, especificamente em relação à medicamentos e como principal causa da ineficiência sendo a desigualdade.	Brasil e Colômbia
Prioritization of strategies to approach the judicialization of health in Latin America and the Caribbean	Carlos Eduardo Pinzón-Flórez	2016	Principais estratégias observadas para solucionar o fenômeno da Judicialização e também análise de sua frequência nos países observados.	Brasil, Colômbia, Costa Rica, Chile, México, Peru, Argentina e Uruguai
A Judicialização da Saúde no Brasil	Maria dos Remédios Mendes Oliveira	2013	Descrição do sistema de saúde público brasileiro e a ocorrência da Judicialização no Brasil e seus principais pontos.	Brasil
Health-system reform and universal health coverage in Latin America	Rifat Atun	2014	Procura mostrar como as reformas acontecidas nos eventos históricos afetaram os sistemas de saúde e o avanço do sistema universal ao longo dos anos.	Argentina, Brazil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, México, Perú, Uruguay, and Venezuela
El acceso a medicamentos en Latinoamérica, una mirada al caso de Costa Rica	Luiz Jiménez Herrera	2020	Através da explicação do caso de acesso a medicamentos na Costa Rica, traz a visão de como o lucro e a venda de remédios prejudica o acesso dos cidadãos desamparados e a influência nos países da região.	Costa Rica e países exemplos
Propostas para melhorar a Cobertura, a Eficiência e a Qualidade no Setor Saúde	André Medici	2011	Propostas de melhorias em vista dos problemas observados no setor público de saúde	Brasil

Fonte: Elaborado pelos autores, 2023.

Foram também utilizadas buscas e selecionados outros materiais para composição do referencial teórico e discussão deste trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a elaboração dos processos metodológicos, buscou-se definir e analisar os sistemas públicos dos países de enfoque. Dessa forma, destaca-se a compreensão dos sistemas de saúde mexicano, argentino, colombiano e brasileiro sendo os dois primeiros estruturados da forma segmentada e os dois últimos estruturados de forma universal de cobertura.

Contudo, após a compreensão dos sistemas de saúde e seus respectivos funcionamentos, buscou-se entender quais alternativas eram cabíveis para os cidadãos daquela região e quais medidas eles tomavam quando o Estado não conseguia garantir o acesso, sendo destacado o fenômeno da judicialização da saúde, os mercados ilegais e as medicinas alternativas.

Caracterização dos sistemas de saúde na América Latina

No México, o sistema de saúde caracteriza-se com base na estruturação de diferentes seguradoras para diferentes grupos sociais (KRASNIAK et al., 2019). Dentre tais seguradoras, destaca-se o Instituto Seguridade Social Mexicana (ISSM), Instituto de Seguridade e Serviços Sociais dos Trabalhadores do Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaria da Defesa Nacional (SEDENA) e a Secretaria da Marinha (SEMAR), os quais possuem a responsabilidade de assegurar serviços aos trabalhadores do setor formal da economia.

Existem também instituições voltadas para apoio àqueles que não são amparados pela seguridade social, como o Seguro Popular de Saúde (SPS), a Secretaria de Saúde (SS), Serviços Estaduais de Saúde (SESA) e o Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O). Os grupos e divisões se configuram em trabalhadores do setor formal, o segundo com trabalhadores independentes, trabalhadores do setor informal da economia e desempregados. Por fim, o terceiro engloba aqueles que usufruem do setor privado, com pagamentos próprios e planos privados, evidenciando a fragmentação de seu sistema (KRASNIAK et al., 2019).

Em relação à Colômbia, evidencia-se que a Constituição de 1991 do país, é responsável por incorporar a regra do direito social à saúde e consagrar a vida como um direito fundamental e inviolável. O art. 48 da Constituição colombiana define a seguridade social como um serviço público, alinhado aos princípios da eficiência e da universalidade, compreendida pela cobertura proposta e implementada a todos os

cidadãos residentes no país, independentemente de sua faixa etária ou condição social, configurando-se como um sistema universal de amparo (GAVA, 2016). Para reforçar tais pontos, o artigo 49 ainda prevê o direito à saúde de todas as pessoas, com o objetivo de oferecer a garantia aos serviços da área da saúde com o objetivo de estabelecer como dever de todos a busca pelo cuidado integral de sua saúde e de sua comunidade de forma que essa busca seja possível (PILONIETA, 2020).

O sistema de saúde argentino é segmentado, o qual destaca pontos como a fragmentação, baixa eficiência e equidade (MACHADO, 2018). No sistema público, os serviços podem ser divididos em nacionais, provinciais ou municipais, os quais são estruturados por organizações nacionais e provinciais de natureza e porte diversos, visando a proteção social básica e assistência social.

Na Argentina, o direito à saúde é garantido pelo artigo 42 da Constituição, sendo um bem público. Seu sistema é estruturado com base em três subsistemas: o público (financiado e fornecido pelas províncias e municípios), o privado (entidades médicas pré-pagas) e a previdência social (financiada por sindicatos, obras sociais provinciais e nacionais), configurando-se de acordo com o modelo segmentado latino-americano (ALONSO, 2016).

No subsistema público, grande parte dos serviços de atenção à saúde já eram descentralizados para as províncias do país. No ano de 1993, promulgou-se a legislação que autorizou os hospitais públicos a se tornarem autônomos, dessa forma concedendo maior liberdade para atuação. Posteriormente, em 1999, mais de 1.000 hospitais haviam aceitado a condição e aderiram à nova legislação, com autonomia variável e dependência aos recursos públicos. Em muitas províncias, há ainda o subfinanciamento dos serviços e problemas no acesso (MACHADO, 2018).

No início dos anos 2000, muitos fatores mudaram no país com a introdução de governos de caráter centro-esquerda os quais fizeram ajustes no sistema misto público-privado de previdência social, tornando-se assim um período marcado pela diversificação de programas públicos e debates. Foram criados e estabelecidos planos e medidas para desenvolver o setor de saúde do país, como, por exemplo, a introdução do Plano federal de Saúde (2004-2007), o Plano Nascer focado na diminuição da taxa de mortalidade infantil e materna e o Plano Médico Obrigatório. No setor privado, foi criada a Lei de Medicina Pré-Paga, a qual acabou por admitir a existência de usuários cuja relação era intermediada por obras sociais e não implicou na alteração de

segmentação na estrutura ou em desigualdades do sistema de saúde (MACHADO, 2018).

No caso brasileiro, apresenta-se o fato do Estado brasileiro possuir como dever não apenas a garantia do acesso aos bens e serviços da saúde, mas também, a proteção da saúde da população (OLIVEIRA, 2013). A Constituição Federal de 1988, nos artigos 6º e 196, asseguram a saúde como direito social e estabelece esse direito como fundamental e que deve ser assegurado pelo Estado. Com o objetivo de regulamentar o artigo 196 e seguintes da Constituição Federal de 1988, foi criada a Lei nº 8.080 - Lei Orgânica da Saúde - instituindo o SUS (Sistema Único de Saúde Brasileiro), universal e gratuito (OLIVEIRA, 2013).

Apesar do Brasil ser o único país da América Latina que chegou mais perto da implementação total da universalização ao acesso à saúde pública (LESSA, 2021), os valores dos investimentos e gastos públicos no país são menores do que em países que não oferecem acesso universal, como Argentina, Chile e Venezuela. Comparando os gastos do ano de 2005, de acordo com a Fundação Instituto de Administração, Venezuela, Argentina e Chile gastaram cerca de 16% dos impostos com saúde, enquanto o Brasil aplicou somente 8,7% dos impostos, ficando bem abaixo dos demais (LESSA, 2021).

Dessa forma, evidencia-se como sendo o objetivo da Cobertura Universal de Saúde (CUS) se tornar a proteção contra os problemas financeiros que podem ser resultantes do pagamento do próprio bolso dos cidadãos reduzindo o risco de os mesmos serem empurrados para uma condição de pobreza cada vez mais intensa, proporcionando assim o direito à o tratamento pela vida, com medicamentos e demais amparos (OMS, 2021).

A dificuldade de acesso à saúde e medicamentos, por parte dos cidadãos, tem como principal motivo a desigualdade existente entre aqueles que possuem melhores condições financeiras e os que não possuem. Tal fato acaba conduzindo o primeiro grupo a adquirir com maior facilidade os tratamentos de saúde de qualidade e o segundo grupo não, estando diretamente relacionado não apenas com a disponibilidade física do produto, mas também com as características do sistema de saúde responsável por suprir as necessidades. Na América Latina, os fatores de instabilidade social, política e econômica associados com as fragilidades do sistema de saúde, colaboram para agravar ainda mais o acesso e o atendimento com equidade (HERRERA, 2019).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde, cerca de 30% da população não possui acesso à saúde por questões financeiras e 21% é impedida por barreiras geográficas, na América Latina. Além disso, o financiamento inadequado, uso ineficiente de recursos de saúde e o baixo investimento dos países latinos em saúde, colaboram para a falta de universalidade e equidade no acesso aos serviços e coberturas de saúde (PAHO, 2021).

O gasto médio com saúde pública na América Latina é de aproximadamente 4% do produto interno bruto, sendo um valor muito abaixo dos países que fazem parte da Cooperação Econômica e Desenvolvimento que possuem 8% alocados a esses gastos. Além disso, de acordo com o estudo do Banco Interamericano de Desenvolvimento (GIORGI, 2018), dos 27 países da América Latina e do Caribe, 22 ficam na metade de baixo do ranking de eficiência média do mundo, e 12 estão entre os 25% mais ineficientes do mundo.

Durante os períodos de 2000 a 2010, quase todos os países da América Latina apresentaram crescimento no gasto per capita em saúde. O Brasil, passou de US \$502 para US \$1028. Já a Argentina, saiu de US \$839 para 1287, representando uma variação de 53,4%. A Colômbia, por sua vez, passou de US \$429 para US \$713, tendo uma variação de 66,2%. Por fim, o México, teve um crescimento de 88,8% no período, saindo de US\$ 508 para US\$ 959. Dentre esses países vale mencionar que o Brasil, Colômbia e México também aumentaram a proporção de gastos com saúde em relação ao PIB, indicando um aumento de prioridade desses países. Já Argentina e Uruguai, tiveram diminuição dos gastos com saúde no PIB (PIOLA, 2013).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o acesso à saúde é o processo pelo qual as pessoas são aptas a melhorar a sua saúde e controle sobre ela. Essa visão deriva do fato de que o ser humano é capacitado para compreender suas aspirações e saciar as suas necessidades. A saúde é, portanto, um meio necessário para a vida cotidiana das pessoas. É um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais e pessoais (SANCHEZ, 2012).

O conceito de acesso à saúde, nesse caso, extrapola o acesso físico ao sistema de saúde e engloba outros aspectos, como o conhecimento do indivíduo sobre suas próprias necessidades e aspirações. Contudo, a partir de um resgate histórico, o conceito de saúde passou a ter novas dimensões, sendo as principais a disponibilidade, aceitabilidade,

capacidade de custeio e informação, podendo servir como indicadores de desigualdade ou igualdade das pessoas no acesso à saúde (MCINTYRE, 2007).

Judicialização da saúde

A principal segunda alternativa para acesso à saúde pública observada nesse trabalho é a judicialização da saúde (PINZÓN-FLÓREZ, 2016), que consiste na relação de indivíduos com a Justiça, que procuram apoio e ajuda para alcançar os seus direitos em relação à saúde. Por exemplo, quando um paciente, que possui uma doença grave, tem indicação médica para utilizar determinado medicamento ou tratamento específico, mas não é disponibilizado por vias públicas, esse pode obter o tratamento necessário buscando a via Judicial para reivindicar o seu direito à saúde garantido pela Constituição.

Quando isto ocorre, a Justiça garante suporte a essas pessoas, oferecendo os tratamentos e medicamentos necessários a cada um deles, embora este seja frequentemente um processo lento, devido à grande quantidade de casos e de sua complexidade, já que as medidas judiciais variam de acordo com cada caso (BORBA; HOSSNE, 2010). Esse processo apresenta controvérsias sobre a sua legitimação, ou seja, divide opiniões sobre a sua atuação e validação.

Assim, os principais aspectos negativos advindos desse processo são a confusão entre microjustiça e macrojustiça. Muitas vezes o judiciário aprova medidas perante o Estado sem analisar a relação com as políticas públicas globalizadas, ou seja, quando o Judiciário analisa o caso de forma individual (microjustiça), o mesmo afeta a macrojustiça, pois os efeitos desenvolvimentistas gerados por tal decisão, deveriam ser gerados pelo conjunto de políticas públicas exercidas de modo coerente (CANDIDO, 2015).

Seguindo essa mesma linha de raciocínio, outro ponto negativo é que a judicialização é pautada em decisões superficiais e não em decisões técnicas, ou seja, o Poder Judiciário estaria afetando diretamente a implementação de políticas voltadas à saúde, impactando no planejamento do executivo ao autorizar situações não previstas, baseando-se apenas em laudos médicos e não no planejamento orçamentário (CANDIDO, 2015).

Por outro lado, a judicialização apresenta aspectos positivos, pois desestimula a ineficiência do Estado no acesso à saúde, assegura o atendimento à população conforme

a Lei e também visa assegurar a saúde a grupos marginalizados por serem minorias políticas, como presidiários, pobres, índios entre outros.

Outra perspectiva positiva é que a judicialização pode ser utilizada como um caminho institucional para efetivar investimentos na área de saúde e, por isso, inibe o esvaziamento de investimentos do setor. Associado a isso, a judicialização garante o mínimo direito à saúde, ou seja, que as pessoas possam ter o necessário para garantir a sua existência e estabilidade em decorrência da sua saúde (CANDIDO, 2015).

Na Colômbia, 640 mil ações foram movidas por pacientes entre 1999 e 2008, sendo que em 2008 foram 207.734 ações (BATISTELLA, 2019). Na Argentina, 88% das ações foram movidas por pessoas físicas, no período de 1994 à 2013 e 87% foram feitos por meio de amparos, ou seja, processos com patente constitucional que são realizados de forma rápida, com o intuito de proteger os direitos violados por atos de cunho público e privado (BATISTELLA, 2019). Além disso, 87% dos processos foram voltados a fornecimento de bens ou serviços e 75% dos casos tiveram desfechos favoráveis (ACOSTA, 2019).

Mercados Alternativos

Outro segundo caminho no acesso à saúde, observada nesse estudo, é acessar os serviços de saúde ou adquirir medicamentos mais baratos por meio de mercados alternativos, ou seja, mercados que comercializam produtos ilícitos e falsificados sem qualquer fiscalização e aprovação dos órgãos responsáveis, sendo uma prática ilegal, ilícita e que deve ser coibida, mas que, infelizmente, ocorre na prática. As pessoas correm o risco de consumir produtos danificados e que sejam prejudiciais à sua saúde, muitas vezes acabam se automedicando (HERRERA, 2019).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2004), o problema da falsificação é encontrado tanto em países subdesenvolvidos quanto desenvolvidos. Contudo, não se sabe a real problemática envolvendo essa prática, já que se carece de estudos mundiais sobre esse tema (OPAS/OMS, 2004). Contudo, segundo a própria OMS, estima-se que na América Latina a falsificação pode chegar a 30% em algumas regiões (COSTA, 2016).

Em 2001, o Grupo de trabalho sobre Combate à falsificação de medicamentos (GT/CFM), coordenado pela Anvisa, no Brasil, realizou um estudo sobre a falsificação de medicamentos nos países da América Latina. A falsificação dos medicamentos não

possui uma legislação atualizada que combata esse crime, apesar de alguns países terem tomado medidas para amenizar os problemas. (OPAS/OMS, 2005).

No Peru, a venda de medicamentos falsificados teve um aumento de 40 milhões em 2002 para 66 milhões em 2012, segundo dados da Associação do Peru de Laboratórios Farmacêuticos (SILVA, 2012). Tais dados se referem a medicamentos contrabandeados, falsificados e adulterados. Só na capital Lima, as farmácias clandestinas dedicadas à comercialização de medicamentos falsificados aumentaram de 200 em 2002 para 1800 em 2012. Na República Dominicana, cerca de 10% dos medicamentos que chegam ao país são falsos, segundo o Departamento de Saúde Pública da República Dominicana (SILVA, 2012).

Medicinas Alternativas

Na América Latina, países como o México, Bolívia e Peru apresentam forte relação com comunidades indígenas. Assim, outra possibilidade decorrente da falta de acesso à saúde, é a utilização de medicamentos tradicionais que demonstraram serem seguros e eficazes com o passar dos anos e gerações (HERRERA, 2019).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a medicina tradicional é o corpo dos conhecimentos teóricos e práticos, explicáveis ou não, que são utilizados para diagnóstico, prevenção e diminuição de doenças físicas, mentais ou sociais, pautados exclusivamente em experiências e análises, sendo transmitida de forma verbal ou escrita através das gerações. Além disso, pode ser reconhecida também como a combinação da medicina ativa com a experiência ancestral (BVS MTCI, 2021). Assim, essa medicina é uma importante opção às necessidades de saúde em diferentes países da América Latina, apesar de ser negligenciada nos sistemas oficiais de saúde e, principalmente, pela ausência de um quadro legislativo que regule essa medicina.

Na América Latina, a medicina tradicional é abordada de diferentes formas entre os países. Isso acontece porque cada país possui uma variedade própria de práticas reconhecidas e institucionalizadas ou consideram uma determinada prática de maneira distinta em relação a outro país, levando em conta sua inserção sociocultural e suas particularidades (OPAS, 2021).

Contudo, de modo geral, é destacado a influência de indígenas, africanos e europeus em sua construção e é utilizada principalmente em áreas rurais. A Bolívia é o único país que apresenta uma legislação que legitima e regula a atuação dessa medicina.

Para eles, a medicina ancestral tradicional é um conjunto de conceitos e conhecimentos com base na utilização de recursos materiais e espirituais para prevenir e curar doenças, respeitando a harmonia entre indivíduos, famílias e comunidades com a natureza e os cosmos.

Já os profissionais que atuam com os conhecimentos tradicionais, ou seja, com os saberes e prática dos ancestrais, são reconhecidos como as pessoas que praticam e exercem, nas variadas formas e modalidades, a medicina tradicional ancestral, utilizando plantas, animais minerais, terapias espirituais e técnicas manuais, prezando pelo equilíbrio das pessoas (LEY 459, 2013).

No caso do Chile, há uma licença para atuação desses profissionais, porém não há legislação específica. As licenças são adquiridas pelo ministério da saúde e o número de profissionais que a possui é baixo. Assim, o país possui um decreto sobre as práticas médicas alternativas e entende que são realizadas com a finalidade de recuperar, manter e aumentar o estado de saúde e o bem-estar físico e mental das pessoas, por meio de procedimentos outros que não os da medicina oficial, sendo exercidas de forma coadjuvante ou auxiliar da anterior (DECRETO 42, 2005).

Ademais, os países da América Latina ou passam por um processo de legislação dessas práticas ou o processo de regulação é incipiente ou inexistente. O Equador é um dos que não possui uma permissão oficial para a prática dessa medicina, mas que possui associações que visam representar os profissionais perante as autoridades, tendo uma iniciativa de lei que partiu de grupos indígenas com o objetivo de regulamentar a prática da medicina tradicional. Já no Peru, não existe nenhuma autorização que valide tal prática, mas às vezes alguns terapeutas conseguem licenças do Ministério da Saúde para atuarem. Existe um projeto de lei, promovido pelo Instituto Nacional de Medicina Tradicional, que visa regulamentar tal prática.

Na Guatemala, são estimados que apenas 10% dos profissionais possuem uma licença e que o país tem um instrumento jurídico que reconhece a prática, mas não regulamentar de fato a medicina tradicional. Por fim, no México, apenas alguns estados promoveram iniciativas de reformas para regularizar a prática da medicina tradicional (NIGENDA, 2001).

A medicina tradicional tem como característica principal substituir a medicina convencional através de conhecimentos populares. Por exemplo, alguns tratamentos que utilizam ervas ao invés de medicamentos antidepressivos. Contudo, é muito comum na

América Latina utilizar a medicina tradicional com a medicina convencional. Assim, segundo a OPAS, forma-se a medicina integrativa, que combina as práticas da medicina convencional e da tradicional a fim de se obter um tratamento completo ao paciente. Esse tipo de medicina não aborda a condição do paciente de forma isolada, mas utiliza as duas medicinas de forma coordenada, incluindo além do aspecto clínico, condições mentais, emocionais, espirituais, sociais e comunitárias (OPAS, 2021).

Na América, tal prática acontece de diferentes formas: iniciativas do governo local; atuação de entidades que atuam na promoção, organização e regulação de tal prática; prestadores de serviços e pesquisadores. Países como Brasil, Argentina, Bolívia, Equador e Peru possuem legislação para a medicina integrativa (OPAS, 2021).

Existem também pessoas com doenças tropicais que não possuem cuidados adequados pela falta de interesse lucrativo devido à pequena parcela da população que as possuem. Portanto, essas pessoas dependem diretamente de ações de organizações e instituições não governamentais, que fornecem os cuidados necessários por meio de doações (HERRERA, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho traz como principal contribuição a visão de diferentes sistemas de saúde visando exemplificar e mostrar as situações nas quais as pessoas precisam buscar alternativa para se ter o acesso à saúde. As análises permitem observar que ambas as formas de cobertura da saúde, tanto a Universal como a Segmentada, apresentam espaços para falhas, o que força os cidadãos a buscarem as alternativas secundárias apresentadas neste trabalho.

Dessa forma, destaca-se as alternativas secundárias como meios necessários para que os cidadãos não fiquem desamparados e sem maneiras de lutar pela sua própria saúde. A Judicialização apresenta-se como principal segunda alternativa, vista que é o único meio institucionalizado e realmente legal para garantir o acesso àqueles que necessitam. Porém, desestrutura o sistema de saúde ao realocar recursos para despesas não previstas e ao conceder o acesso à saúde apenas a pessoas determinadas e, por isso, não possuem uma visão ampla ou do todo como as políticas públicas. Acerca do tema, a Judicialização da saúde mostra-se como meio mais recorrente na América Latina, especialmente no Brasil.

O mercado alternativo de medicamentos se apresenta como uma prática não responsável e não aceita por envolver, às vezes, atitudes ilegais e ser de acesso limitado assim como as medicinas tradicionais que apresentam prática pouco aceitas e usuais. Vale ressaltar que, referente a estas segundas alternativas de acesso à saúde, foram encontrados poucos materiais e recomenda-se o estudo e desenvolvimento de trabalhos na área. Destaca-se, ainda, o setor privado como meio de acesso à saúde, porém este não é o objetivo deste trabalho que se limita à análise da esfera pública.

Por fim, observa-se que as segundas alternativas no acesso à saúde na América Latina acarretam severas consequências negativas e, por isso, o ideal seria que o Estado na esfera político-administrativa buscasse meios para efetivar a saúde de forma eficaz para que seus cidadãos se sentissem seguros e a lei funcionasse tal qual está prevista.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A.; FALCÃO, M. Z.; AITH, F. M. A.; VANCE, C. **Judicialización del acceso a medicamentos en el contexto suramericano**. Revista de Direito Sanitário, [S. l.], v. 20, n. 1, p. 32-62, 2019. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v20i1p32-62. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/164204>. Acesso em: 18 mai. 2023.

ATUN, Rifat. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. **The Lancet**, [S. l.], 16 out. 2014. DOI [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61646-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61646-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61646-9/fulltext). Acesso em: 18 mai. 2023.

BATISTELLA, Paula Mestre Ferreira; ARONI, Patrícia; FAGUNDES, Alex Luís; HADDAD, Maria do Carmo Fernandez Lourenço. **Ações judiciais em saúde: revisão integrativa**. [S. l.], 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/6mxWFQYWt8QvpmhqBQ9q7yQ/?lang=pt#>. Acesso em: 18 mai. 2023.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Medicinas Tradicionais, complementares e integrativas**. (org.). Medicinas tradicionais, complementares e integrativas: Medicinas Tradicionais das Américas. [S. l.], . Disponível em: <https://mtci.bvsalud.org/pt/medicina-tradicional-nas-americas/>. Acesso em: 18 mai. 2023.

BORBA, Marina de Neiva; HOSSNE, William Saad. **A natureza jurídica da saúde na américa latina e caribe: um estudo constitucional comparado**. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, [S. l.], v. 11, p. 26-46, 1 mar. 2010. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13193/15003>. Acesso em: 18 mai. 2023.

CANDIDO, Thais Ornellas Gomes. **Judicialização da saúde: evolução e impactos no setor público brasileiro**. XI CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, [S. l.], p. 6-9, 13 ago. 2015. Disponível em:

<https://silo.tips/download/judicializacao-da-saude-evolucao-e-impactos-no-setor-publico-brasileiro>. Acesso em: 18 mai. 2023.

CARDOSO, Dante. **Crise, fragmentação e desigualdade: obstáculos para o acesso à saúde na América Latina**. [S. l.] 21 jan. 2021. Disponível em: <https://madeusp.com.br/2021/01/crise-fragmentacao-e-desigualdade-obstaculos-para-o-acesso-a-saude-na-america-latina/>. Acesso em: 18 mai. 2023.

Cobertura universal de saúde (CUS). *In*: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cobertura universal de saúde (CUS)**. [S. l.], 1 abr. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-uhc>. Acesso em: 18 mai. 2023.

COSTA, C. R. A. **Falsificação de medicamentos: um breve panorama e estudo de caso**. 2016. 39 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde na Área de Vigilância Sanitária com Ênfase na Qualidade) – Programa de Pós-Graduação em Vigilância Sanitária, Instituto Nacional de Vigilância Sanitária, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

CUNHA, Clara. **A universalidade dos direitos humanos e o multiculturalismo**, [S. l.], 1 nov. 2016. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direitos-humanos/a-universalidade-dos-direitos-humanos-e-o-multiculturalismo>. Acesso em: 18 mai. 2023.

D'ÁVILA, Luciana Souza; ANDRADE, Eli Iola Gurgel; AITH, Fernando Mussa Abujamra. **A judicialização da saúde no Brasil e na Colômbia: uma discussão à luz do novo constitucionalismo latino-americano**. [S. l.]: Saúde e Sociedade, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/dsNKwqJYR5mcLb8cRyv7md/?lang=pt>. Acesso em: 18 mai. 2023.

DANIELS, Norman. Role of the Courts in the Progressive Realization of the Right to Health: Between the Threat and the Promise of Judicialization in Mexico. **Health Systems & Reform**, [S. l.], 2015. DOI 10.1080/23288604.2014.1002705. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2014.1002705>. Acesso em: 18 mai. 23.

DECRETO 42: **Aprueba reglamento para el ejercicio de las practicas medicas alternativas como profesiones auxiliares de la salud y de los recintos en que estas se realizan**. ministerio de salud - Chile, 17 jun. 2005. Disponível em: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=239259&buscar=decreto%2B42%2Bpr%C3%A1cticas%2Balternativas>. Acesso em: 18 mai. 2023.

GAVA, Gustavo. O Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS): reformas, organização, avanços e principais desafios da experiência colombiana. **UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS INSTITUTO DE ECONOMIA**, [S. l.], 2016.

GIORGI, Jeronimo. **A ineficiência dos sistemas de saúde da América Latina**. Folha de S.Paulo, [S. l.], p. 1, 22 nov. 2018. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2018/11/a-ineficiencia-dos-sistemas-de-saude-da-america-latina.shtml>. Acesso em: 18 mai. 2023.

GIOVANELLA, Ligia; MENDOZA-RUIZ, Adriana; PILAR, Aline; DA ROSA, Matheus; MARTINS, Gabrieli. **Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias**. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. l.], 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7BM4FYp7dWJzyb7wzktwhJH/?lang=pt>. Acesso em: 18 mai. 2023.

HEALTH FINANCING IN THE AMERICAS. [S. l.]: PAHO, [2021?]. Disponível em: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-financing.html>. Acesso em: 18 mai. 2023.

HERRERA, Luis Jiménez. **El acceso a medicamentos en Latinoamérica, una mirada al caso de Costa Rica**. *Revista Cubana de Salud Pública*, Cuba, ano 2019, v. 45, n. 4, p. 4-7, 16 mar. 2020. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662019000400008. Acesso em: 18 mai. 2023.

KEMPER, Elisandrée. Organização Pan-Americana da Saúde. **Informe Estratégico sobre o Programa Mais Médicos e Saúde Universal**. Brasília.: OPAS; 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49245>. Acesso em: 18 mai. 2023.

KRASNIAK, Lais; CATAPAN, Soraia; MEDEIROS, Gabriella; CALVO, Maria. Sistema de saúde – México. **Análise do Seguro Popular de Saúde mexicano: uma revisão integrativa da literatura**, [S. l.], 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S522>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3NCnCdYJtckWztyZ5ytT8nd/?lang=pt>. Acesso em: 18 mai. 2023.

LESSA, Daniele. Especial SUS 20 Anos 1 – Conheça alguns sistemas de saúde em vigor em outros países. **Rádio Câmara**, [S. l.], 2021. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/radio/programas/305610-especial-sus-20-anos-1-conheca-alguns-sistemas-de-saude-em-vigor-em-outros-paises-0533/?pagina=2#todas-edicoes>. Acesso em: 18 mai. 2023.

Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana. [S. l.], 19 dez. 2013. Disponível em: <https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/normativa/ley-459-edicin-596nec.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2023.

MACHADO, Cristiani. Políticas de Saúde na Argentina, Brasil e México: diferentes caminhos, muitos desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, Jul 2018, 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.08362018>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n7/2197-2212/>. Acesso em: 18 mai. 2023.

MCINTYRE, DI; MOONEY, Galvin. **The Economics of Health Equity**. [S. l.]: Cambridge University Press, 2009. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/books/economics-of-health-equity/B454135BC2BC01805AF432DBF5400FB4>. Acesso em: 18 mai. 2023.

MEDICI, André. **PROPOSTAS PARA MELHORAR A COBERTURA, A EFICIÊNCIA E A QUALIDADE NO SETOR SAÚDE**. [S. l.: s. n.], 2015. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/237074015_Propostas_para_Melhorar_a_cobertura_a_eficiencia_e_a_Qualidade_no_setor_saude. Acesso em: 18 mai. 2023.

MEDICINAS tradicionais, complementares e integrativas. *In*: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Medicinas tradicionais, complementares e integrativas**. [S. l.]: OPAS, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/medicinas-tradicionais-complementares-e-integrativas>. Acesso em: 18 mai. 2023.

MENDES, Áquilas. Sistemas públicos de saúde: pesquisadores analisam o fator economia. **Sistemas públicos de saúde: pesquisadores analisam o fator economia**. [S. l.], 21 dez. 2012. Disponível em: <https://www5.usp.br/noticias/sociedade/sistemas-publicos-de-saude-pesquisadores-da-fsp-estudam-o-fator-economico/>. Acesso em: 18 mai. 2021.

NIGENDA, Gustavo et al. **La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia**. Salud Pública de México, México, v. 43, n. 1. p. 41-51, ene./feb. 2001

OLIVEIRA, Maria. A Judicialização da Saúde no Brasil. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, [S. l.], 2013. Disponível em: <https://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1276>. Acesso em: 18 mai. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Prevenção e Combate à falsificação e fraude de medicamentos: uma responsabilidade compartilhada**. Brasília - DF, 6 jul. 2004. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3601/ForumCombateFalsificacao.pdf?sequence=1>. Acesso em: 18 mai. 2023.

PABLO, Linde. **Brasil está entre os que mais gastam com saúde na América Latina, mas tem eficiência média**. El País, [S. l.], p. 1, 6 nov. 2018. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2018/08/29/internacional/1535496394_304932.html. Acesso em: 18 mai. 2023.

PINZÓN-FLÓREZ, Carlos Eduardo; CHAPMAN, Evelina; CUBILLOS, Leonardo; REVEIZ, Ludovic. **Prioritization of strategies to approach the judicialization of health in Latin America and the Caribbean**. 50. ed. Revista de Saúde Pública [online], 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/Gr3t5VrhrdjNz8DwCRfS6Kt/?lang=es#>. Acesso em: 18 mai. 2023.

PIOLA, Sérgio Francisco. Financiamento da saúde em países selecionados da América Latina. **Observatório internacional de capacidades humanas, desenvolvimento e políticas públicas: estudos e análises**, Brasília - DF: UNB, p. 193 - 211, 2013. Disponível em: http://capacidadeshumanas.org/oichsitev3/wp-content/uploads/2018/10/6-09_Financiamento_Saude_Sergio_F_Piola.pdf. Acesso em: 18 mai. 2023.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. **Conceitos de acesso à saúde**. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2012. Disponível em:

<https://scielosp.org/article/rpsp/2012.v31n3/260-268/pt/#ModalArticles>. Acesso em: 18 mai. 2023.

SILVA, KAMILLA VIEIRA SANTOS. **A AMEAÇA DOS MEDICAMENTOS FALSIFICADOS**. Orientador: Francisco José Rocha de Sousa. 2012. 46 f. Trabalho de conclusão de curso (Farmacêutico, Farmácia) - Centro Universitario Estadual da Zona Oeste do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.uezo.rj.gov.br/tcc/farmacia/Kamilla-Vieira-Santos-da-Silva.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2023.

SOLDÁ, Luciana. Conheça os níveis de atenção à saúde e estratégias de gestão. **Conheça os níveis de atenção à saúde e estratégias de gestão**. [S. l.], 30 out. 2018. Disponível em: <https://proxis.com.br/conheca-os-niveis-de-atencao-a-saude-e-estrategias-de-gestao/>. Acesso em: 18 mai. 2023.