

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EXATAS E APLICADAS
CURSO DE GESTÃO EM SAÚDE

Análise do Financiamento à Saúde
na América Latina e o IDH.
Marcelo Chaves

Porto Alegre
2024

Análise do Financiamento à Saúde na América Latina e o IDH.

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado ao Departamento de Ciências Sociais Exatas e Aplicadas da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel em Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof.^a. Dr^a Monica Concha Amin

Porto Alegre

2024

Catálogo na Publicação

Chaves, Marcelo

Análise do Financiamento à Saúde na América Latina e o IDH / Marcelo Chaves. -- 2024.

35 f. : 30 cm.

Monografia (trabalho de conclusão de curso) --
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Curso de Gestão em Saúde, 2024.

Orientador(a): Monica Concha Amin.

1. Economia da Saúde. 2. Financiamento da Saúde. 3. Índice de Desenvolvimento Humano. 4. América Latina. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados
fornecidos pelo(a) autor(a).

Marcelo Chaves
Análise do Financiamento à Saúde na América Latina e o IDH.

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado ao Departamento de Ciências Sociais Exatas e Aplicadas no Curso de Graduação de Gestão em Saúde da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Gestão em Saúde.

COMISSÃO JULGADORA:

Profa. Dra. Cláudia de Souza Libânio

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA

Prof. Dr. Marcelo Mallet Siqueira Campos

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul- IFRS

Profa. Dra. Monica Concha Amin

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA

Professora Orientadora – Presidente da Banca Examinadora

Porto Alegre, 04 de dezembro de 2024.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha esposa Cristiane dos Santos Moraes e meus filhos: Pedro, Amanda, Tales e Vítor, inspiração de momentos de alegria e propósito de vida e formação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha professora orientadora Monica Concha Amin pela extrema paciência, empenho e dedicação na orientação deste trabalho. À *Cámara Costarricense de la Salud Dirección, Desarrollo Empresarial y Proyectos*: Massimo Manzi, Director.

À minha família pelas horas privadas do convívio e o incentivo dispensado na conclusão do curso.

"O crescimento econômico sem investimento no desenvolvimento humano é insustentável - e antiético."

Amartya Sen

RESUMO

O financiamento à saúde, em muitos países, é tema complexo sem uma técnica fixa de distribuição de recursos à população, excetuando os que se utilizam das contas Satélites da Saúde, o que imprime maior transparência na distribuição de recursos. O investimento *per capita* em alguns países perpassa por suas condições financeiras, PIB, e reflete no seu IDH (Índice de Desenvolvimento Humano). No Brasil, a função do Gestor em Saúde se torna tarefa árdua ao se orientar conforme as políticas públicas existentes no Brasil, no SUS (Sistema Único de Saúde), as Portarias do Ministério da Saúde, e a Gestão Tripartite. O objetivo deste constructo é fazer uma análise tabular perpassando por sistemas de saúde diferentes e modos de financiamento distintos, identificando sua influência no IDH e em indicadores de saúde de países selecionados da América Latina e Brasil. Com este mote foi feita uma pesquisa em bases de dados, sítios de saúde latino-americanos, bases de dados de organismos mundiais confiáveis, visando uma revisão integrativa da literatura, com tabulação desde fontes de dados abertos. Foram selecionados 30 documentos em bases de dados e sítios de organizações de saúde. Os 6 países, além do Brasil investigados foram: Argentina, Chile, Colômbia, Costa Rica, Peru e Venezuela, com tabulação e análise de dados. Foram selecionados 4 indicadores de saúde nos últimos 10 anos, nos países selecionados e sua relação na evolução do IDH e seu modo de financiamento à saúde. através de um estudo retrospectivo com tabulação de dados. A questão problema a ser respondida neste estudo foi: Qual a influência do Financiamento à Saúde e o IDH? Nos países com financiamento misto (público, privado e seguro social), como Argentina, Chile e Costa Rica, o IDH se mostra melhor, em comparação aos países com financiamento público, privado, seguro social com ou sem contribuição e/ou suplementar (Brasil, Colômbia, Peru e Venezuela). Há outros fatores e indicadores que influenciam no IDH, tais como a educação, a renda e sua distribuição. De modo geral a educação influencia muito na elevação do índice, assim como o PIB e o PIB investido em saúde de cada País.

Palavras-Chave: Financiamento da Saúde. IDH. Indicadores de Saúde. América Latina.

ABSTRACT

Health financing, in many countries, is a complex issue without a fixed technique for distributing resources to the population, except for those that use Health Satellite accounts, which provides greater transparency in the distribution of resources. Per capita investment in some countries is influenced by their financial conditions, GDP, and reflected in their HDI (Human Development Index). In Brazil, the role of the Health Manager becomes an arduous task when orienting itself according to the public policies that exist in Brazil, the SUS (Unified Health System), the Ordinances of the Ministry of Health, and Tripartite Management. The objective of this construct is to carry out a tabular analysis across different health systems and different financing methods, identifying their influence on the HDI and health indicators in selected countries in Latin America and Brazil. With this motto, a search was carried out in databases, Latin American health websites, databases of reliable global bodies, aiming at an integrative review of the literature, with tabulation from open data sources. 30 documents were selected from databases and websites of health organizations. The 6 countries, in addition to Brazil, investigated were: Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Peru and Venezuela, with data tabulation and analysis. 4 health indicators were selected in the last 10 years, in the selected countries and their relationship with the evolution of the HDI and its way of financing health. through a retrospective study with data tabulation. The problem question to be answered in this study was: What is the influence of Health Financing and the HDI? In countries with mixed financing (public, private and social insurance), such as Argentina, Chile and Costa Rica, the HDI is better, compared to countries with public, private financing, social insurance with or without contribution and/or supplementary (Brazil , Colombia, Peru and Venezuela). There are other factors and indicators that influence the HDI, such as education, income and its distribution. In general, education greatly influences the increase in the index, as well as GDP and GDP invested in health in each country.

Keywords: Health Financing. HDI. Health Indicators. Latin America.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 O IDH	10
1.1 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)	14
2 MÉTODO	15
2.1 Referencial Teórico	15
3 DISCUSSÃO E RESULTADOS	16
3.2 Evolução dos Dados de IDH e Indicadores	16
4 CONCLUSÃO	25
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
6 REFERÊNCIAS	26
APÊNDICE A - TABELA DE INDICADORES	30
APÊNDICE B - FONASA DADOS DE ACESSO CHILE	34

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho procura analisar mediante tabulação de dados as principais formas de financiamento não explorando a fundo os diversos sistemas de saúde dos países escolhidos: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Peru e Venezuela. São analisados os seguintes indicadores de saúde e socioeconômicos da população destes países: expectativa média de vida ao nascer, mortalidade materna, mortalidade infantil, cobertura vacinal em segunda dose para sarampo, taxa de incidência de tuberculose, número de profissionais médicos em enfermeiros por habitante, expectativa de escolaridade, índice de desenvolvimento humano feminino, renda per capita e porcentagem do PIB (Produto Interno Bruto) investido em saúde. Traça um paralelo com a agenda 2030 da ONU ODS 3 (Objetivos de Desenvolvimento Sustentável). Um dos parâmetros sobre o financiamento da saúde da ONU (Organização das Nações Unidas) e da PAHO (Organização Panamericana de Saúde) são as contas Satélites da Saúde (SHA – Health Satellite Accounts), que constituem uma forma de extensão das contas nacionais com o objetivo de monitorar os gastos em saúde de um País. Já o SHA (Sistema de contas da Saúde) elaborado pela OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico), é uma ferramenta de gestão de recursos em saúde que a separa do sistema de contas nacionais. O objetivo geral do trabalho foi à análise dos citados indicadores de saúde e seu contraste com o IDH (índice de Desenvolvimento Humano) e o financiamento à saúde, em cada País, no período de 2016 a 2022. O período estudado de 2016-2022 foi selecionado pela existência de dados em todos os países estudados no *data center* da ONU e Banco Mundial.

1.1 O IDH

O objetivo do IDH oferece um contraponto ao Produto Interno Bruto - PIB per capita, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento. Criado por Mahbub ul Haq com a colaboração do economista indiano Amartya Sen, ganhador do Prêmio Nobel de Economia de 1998, o IDH pretende ser uma medida geral e sintética que, apesar de ampliar a perspectiva sobre o desenvolvimento humano, não abrange nem esgota todos os aspectos de desenvolvimento. O IDH considera três dimensões básicas: renda, educação e saúde.(ONU, IDH, 2024).

O IDH é uma medida geral e resumida usada para classificar o grau de desenvolvimento econômico e a qualidade de vida dos países. Foi criado em 1990 e vem sendo publicado anualmente desde 1993 pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD da ONU. O IDH varia em uma escala que vai de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano. A escala classifica os países em cinco faixas: IDH muito alto, alto, médio, baixo e muito baixo., onde suas dimensões são a renda, a saúde/longevidade, e a educação.(Atlas Socioeconômico RS, 2024).

O ranking da ONU traz o posicionamento de 193 países. Os três países no topo do IDH são Suíça, Noruega e Islândia. Segundo o Secretário Geral da ONU, o mundo vive uma era de polarização que afasta a possibilidade de cooperação e em temas urgentes como a resolução de conflitos e crise climática. António Guterres disse que o relatório revela que a “melhor esperança para o futuro é combater a retórica divisionista e destacar objetivos comuns que unem a grande maioria das pessoas em todo o mundo”. (ONU – Perspectiva Global Reportagens Humanas).

Os países são classificados em grupos de 1 a 4. São eles: 1- Muito Alto desenvolvimento Humano, 2- Alto Desenvolvimento Humano, 3 Médio Desenvolvimento Humano e 4 – Baixo Desenvolvimento Humano.

O Brasil ocupa a posição 89, enquanto os países estudados nesta pesquisa ocupam as posições :

Chile – 44 ; Argentina – 48; Costa Rica – 64; Peru – 87; Colômbia – 91; Venezuela -119. (ONU – ranking mundial, alto desenvolvimento, 2023)

Os indicadores GDI, IDHAD, GII, elencados abaixo, fazem uma relação entre o IDH masculino e feminino, corrigindo valores quanto à igualdade ou desigualdade de gênero.

O GDI (Gender Development Index)

O GDI (Índice de Desenvolvimento de Gênero), mede as disparidades de gênero nas realizações em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: saúde (medida pela esperança de vida feminina e masculina à nascença), conhecimento (medido pelos anos de escolaridade esperados para mulheres e homens para as crianças e anos médios de escolaridade para adultos com 25 anos ou mais) e padrões de vida (medidos pela Renda Nacional Bruta per capita estimado de mulheres e homens), sendo calculado para 164 países. É uma proporção entre o IDH feminino e o masculino.(ONU,2024)

IDHAD (Inequality-Adjusted Human Development Index)

O IDHAD (Índice de Desigualdade de Gênero Ajustado ao IDH), ajusta o IDH à desigualdade na distribuição de cada dimensão na população. A ‘perda’ no desenvolvimento humano devido à desigualdade é dada pela diferença entre o IDH e o IDHAD. À medida que a desigualdade num país aumenta, a perda no desenvolvimento humano também aumenta. (ONU,2024)

GII (Gender Inequality Index)

O GII (Índice de Desigualdade de Gênero) mede as desigualdades de gênero em três dimensões principais – saúde reprodutiva, empoderamento e mercado de trabalho. A saúde reprodutiva é medida pela taxa de mortalidade materna e pelas taxas de natalidade

de adolescentes; o empoderamento é medido pela percentagem de assentos parlamentares ocupados e pela população com pelo menos algum ensino secundário por cada género; e a participação no mercado de trabalho é medida pelas taxas de participação na força de trabalho de mulheres e homens. (ONU,2024)

A seguir, serão apresentados alguns dados dos indicadores para os respectivos países para contextualizar o estudo.

ARGENTINA

Entre 1990 e 2022, o valor do IDH da Argentina aumentou de 0,724 para 0,849, uma variação de 17,3%. Entre 1990 e 2022, a esperança de vida ao nascer da Argentina mudou 4,3 anos, os anos de escolaridade esperados mudaram 5,6 anos e os anos médios de escolaridade mudaram 3,0 anos. O RNB per capita da Argentina mudou cerca de 62,3% entre 1990 e 2022. O valor do IDH feminino de 2022 para a Argentina é de 0,841, em contraste com 0,845 para os homens, resultando num valor de GDI de 0,995, colocando-a no Grupo 1. (ONU,2024)

BRASIL

O valor do IDH do Brasil para 2022 é de 0,760 – o que coloca o país na categoria de alto desenvolvimento humano – posicionando-o em 89º lugar entre 193 países e territórios. Entre 1990 e 2022, o valor do IDH do Brasil passou de 0,620 para 0,760, uma variação de 22,6%.

Entre 1990 e 2022, a expectativa de vida ao nascer do Brasil mudou em 7,4 anos, os anos de escolaridade esperados mudaram em 2,7 anos e os anos médios de escolaridade mudaram em 4,6 anos. O Rendimento Nacional Bruto (RNB) per capita do Brasil mudou cerca de 44,3% entre 1990 e 2022. O valor do IDH feminino para o Brasil em 2022 é de 0,758, em contraste com 0,758 para os homens, resultando em um valor do GDI de 1.000, colocando-o no Grupo 1. (ONU,2024)

CHILE

O valor do IDH do Chile em 2022 é de 0,860, com uma renda per capita de U\$ 24.430,99 em franco crescimento. Quanto a igualdade de género o IDH feminino ficou em 0,846 em 2022, colocando o País a frente dos demais investigados.

Entre 1990 e 2022, a esperança de vida ao nascer do Chile mudou 6,9 anos, os anos de escolaridade esperados aumentaram 4,0 anos e os anos médios de escolaridade

mudaram 2,7 anos. O RNB per capita do Chile aumentou cerca de 162,6% entre 1990 e 2022. (ONU,2024)

COLÔMBIA

O valor do IDH da Colômbia para 2022 é de 0,758 – o que coloca o país na categoria de desenvolvimento humano elevado – posicionando-o em 91º lugar entre 193 países e territórios. Entre 1990 e 2022, o valor do IDH da Colômbia aumentou de 0,614 para 0,758, uma variação de 23,5%.

Entre 1990 e 2022, a esperança de vida ao nascer da Colômbia aumentou em 5,0 anos, os anos de escolaridade esperados aumentaram em 5,3 anos e os anos médios de escolaridade aumentaram em 2,5 anos. O RNB per capita da Colômbia mudou cerca de 86,4 por cento entre 1990 e 2022.

O valor do IDH feminino em 2022 para a Colômbia é de 0,756, em contraste com 0,758 para os homens, resultando num valor do GDI de 0,998, colocando-a no Grupo 1.(ONU, 2024)

COSTA RICA

O valor do IDH da Costa Rica para 2022 é de 0,806 – o que coloca o país na categoria de desenvolvimento humano Muito Elevado – posicionando-o em 64º lugar entre 193 países e territórios. Entre 1990 e 2022, o valor do IDH da Costa Rica aumentou de 0,659 para 0,806, uma mudança de 22,3 por cento.

Entre 1990 e 2022, a esperança de vida ao nascer da Costa Rica aumentou 0,7 anos, os anos de escolaridade esperados aumentaram 6,4 anos e os anos médios de escolaridade aumentaram 2,6 anos. O RNB per capita da Costa Rica cresceu cerca de 115,8 por cento entre 1990 e 2022.

O valor do IDH feminino de 2022 para a Costa Rica é de 0,803, em contraste com 0,807 para os homens, resultando num valor de GDI de 0,995, colocando-a no Grupo 1. (ONU,2024)

PERU

Entre 1990 e 2022, a esperança de vida ao nascer do Peru mudou 8,3 anos, os anos de escolaridade esperados aumentaram 3,1 anos e os anos médios de escolaridade aumentaram 2,2 anos. O RNB per capita do Peru cresceu cerca de 141,5 por cento entre 1990 e 2022.

O valor do IDH feminino para o Peru em 2022 é de 0,742, em contraste com 0,779 para os homens, resultando num valor do GDI de 0,952, colocando-o no Grupo 2. (ONU,2024)

VENEZUELA

Entre 1990 e 2022, o valor do IDH da Venezuela (República Bolivariana da) passou de 0,657 para 0,699, uma variação de 6,4 por cento.

Entre 1990 e 2022, a esperança de vida ao nascer da Venezuela (República Bolivariana) diminuiu em -0,4 anos, os anos de escolaridade esperados diminuíram em 3,2 anos e os anos médios de escolaridade diminuíram em 4,3 anos.

O RNB per capita da Venezuela (República Bolivariana da) decresceu cerca de -62,3 por cento entre 1990 e 2022.

O valor do IDH feminino de 2022 para a Venezuela (República Bolivariana da) é de 0,695 em contraste com 0,693 para os homens, resultando num valor de GDI de 1.002, colocando-o no Grupo 1.(ONU,2024)

1.1 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)

Os objetivos de desenvolvimento sustentável são 17, com 169 metas que visam erradicar a pobreza, proteger o meio ambiente e promover uma vida digna para a população mundial até 2030, dentro das condições que o planeta oferece sem comprometer a qualidade de vida das próximas gerações.. É denominado agenda 2030, firmado em 2015, pelos 193 Estados-membros da ONU para os próximos 15 anos (2016-2030), através do documento “Transformando o Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (ONU, Brasil, 2024).

Vale ressaltar o terceiro objetivo de desenvolvimento sustentável (ODS) da OMS, mais especificamente o 3c, 3.1, 3.2, e 3.8, onde devem, os países alcançar a cobertura universal , aumentar o financiamento à saúde, diminuir a mortalidade materno-infantil até 2030.

3.1 Reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos.

3.2 Acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos vivos e crianças menores de 5 anos objetivando reduzir a mortalidade neonatal pelo menos para 12/1000 nascidos vivos e de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25/1000 nascidos vivos;

3.8 Atingir a cobertura universal, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso aos serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos;

3c. Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento, formação, e retenção do quadro de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento. (ONU, Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, 2024)

2 MÉTODO

O estudo utilizou pesquisa quantitativa como método em uma revisão literária, utilizando análise tabular de dados em um estudo transversal retrospectivo de 2016 a 2022, com fontes primárias de órgãos nacionais e internacionais e, em periódicos de bases de dados, utilizando descritores DeCS/ Mesh, assim como de sites governamentais.

As fontes de dados consultadas foram:

Os descritores utilizados em duas frentes de pesquisa foram:

1. Financiamento da Assistência à Saúde / Financiación de la Atención de la Salud / Healthcare Financing

Com os seguintes filtros – Financiamento à saúde, últimos 8 anos, Comitê Executivo do OPAS, América, Sistemas de Saúde, OPAS, Cobertura Universal.

Retorno de artigos da Base: 32 artigos

Aproveitados: Após a leitura dos resumos foram aproveitados 5 artigos como base.

2. IDH e Saúde – Filtros: América Latina, Desenvolvimento Humano.

Retorno: 30 artigos onde, após a leitura dos resumos se aproveitaram 15 documentos para a análise tabular com dados de organismos internacionais e Ministérios de Saúde dos Países estudados.

Após a seleção dos documentos e dos dados abertos passou-se a compilação e conferência dos mesmos, assim como a reflexão e produção de planilhas para auferir a pergunta de pesquisa: o IDH e os indicadores de saúde são influenciados pelo financiamento à saúde influencia o IDH e os indicadores de saúde? .

2.1 Referencial Teórico

O trabalho teve como referencial teórico as fontes de dados de Ministérios de Saúde dos países estudados, a ONU (Organização das Nações Unidas), CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), OECD (Organização para Economia, Cooperação e Desenvolvimento), OPAS (Organização Panamericana de Saúde), Banco Mundial, OMS (Organização Mundial de Saúde), e artigos selecionados em bases de dados.

3 DISCUSSÃO E RESULTADOS

A seguir são apresentados nesta seção os resultados encontrados após a tabulação dos dados e análise dos artigos e sites de organismos internacionais voltados à saúde como OMS, OPAS, OCDE, ONU.

A maioria dos países estudados, possuem um sistema de saúde em uma combinação de sistema público não contributivo, seguro social contributivo e setor privado. Foram analisados no presente trabalhos os sistemas de saúde da Argentina, Brasil Chile, Colômbia, Costa Rica, Peru e Venezuela e analisados quanto ao IDH e renda per capita e porcentagem de investimento do PIB em saúde..

O Sistema de Saúde no Brasil é público e privado (suplementar). Na Argentina quanto a forma de financiamento é tripartite, público, seguro social e privado. No Chile é público ou seguro social e privado. Na Colômbia é tripartite público ou seguro social subsidiado, seguro social contributivo e privado. Na Costa Rica o sistema de saúde é financiado por empregados, empregadores e Estado, sendo um sistema de saúde mais eficientes e bem sucedidos da América Latina. No Peru é público, Seguro Social e Privado. Na Venezuela é público, Seguro Social e Privado (Piola e BARROS, 2016).

Os sistemas de saúde dos países investigados diferem muito quanto as suas coberturas, alguns se aproximam mais a um ou outro sistema. A maioria dos países apresenta um sistema de saúde sem integração dos fundos ou segmentado, à exceção de Brasil e Costa Rica que se integram. Na cobertura pública assistencial o Brasil e Costa Rica guardam semelhança quanto à Atenção Básica forte.

O Sistema de saúde segmentado, segundo Piola (PIOLA e BARROS, 2016) , é uma combinação entre sistemas públicos não contributivos, seguro social contributivo e setor privado, onde não há uma integração entre os fundos, seguro social, não contributivo, privado e seguridade social.

3.2 Evolução dos Dados de IDH e Indicadores

ARGENTINA

O IDH argentino é considerado alto segundo a ONU caracterizando o País como altamente desenvolvido, os indicadores que o elevam estão: a renda per capita, a taxa de mortalidade materna e a expectativa de escolaridade. Analisando-se o IDH da série acima, destaca-se o crescimento do desenvolvimento humano nos últimos anos, excetuado o período da Pandemia de Covid-19 que baixaram índices socioeconômicos de todos os países no mundo. O país possui um índice de desenvolvimento humano feminino elevado o que o coloca na posição 49^a no ranqueamento mundial da ONU, dentre os 193 países aferidos.

O Financiamento do Sistema público de Saúde Argentino se caracteriza por receitas gerais, e estabelecidos anualmente nos orçamentos nacionais, provinciais e municipais

(Ministério da Saúde, Argentina). A Seguridade social recebe aporte de contribuições de empregados e empregadores, em relação aos salários públicos, privados, pensões e, também, de contribuição de recursos provinciais e nacionais em quota de 3% do empregado e 5% do empregador. As despesas privadas das Famílias incluem expensas diretas com medicamentos, prestadores, pagamento de cosseguro, bônus de contribuição e taxas de seguro voluntário. (USP, repositório, Iberoamericano *health*).

O Direito à Saúde na Argentina não aparece diretamente em sua Constituição, mas em seu art. 75, mas através de Reconhecimento dos Tratados Internacionais. O Sistema de Saúde mostra-se descentralizado, onde as Províncias através do Ministério de Saúde Federal local sua administração, sendo fragmentado, onde coexistem entre os subsistemas Público, Seguridade Social e Medicina Pré-Paga (privado). O subsistema da Seguridade Social é formado por várias asseguradoras denominadas “Obras Sociais”, as quais compram serviços do subsistema público e privado, sendo sua maioria obras sociais sindicais. Incluem-se neste sistema as Obras Sociais das Forças Armadas, dos Jubilados (Pensionistas do Instituto Nacional de Segurados Sociais), onde o financiamento provém da contribuição de assalariados em alíquota de 6% e 3% por parte do empregador. No subsistema privado está formado por múltiplas asseguradoras privadas denominadas como Medicina Pré-Paga (Olivares Zuñiga, M.A, 2024).

A Argentina possui IDH considerado alto (0,849, 2022), com pouca desigualdade de gênero, uma expectativa média de vida que chega a 79,51 anos (2022), uma mortalidade materna de 44,90/100.000 nascidos vivos, considerada dentro agenda 2023 (ODS) que preconiza diminuir para 70 esta taxa. Possui, ainda uma expectativa de escolaridade em 2022 de 18,98 anos de estudo, com uma renda per capita (2022) de U\$ 22.047,97 sendo 9,71% deste investido em saúde e com uma média de gastos em saúde per capita da ordem de U\$ 1044,77, uma cobertura vacinal em duas doses em Sarampo de 94% (maior) dos países estudados. Uma mortalidade infantil com taxa de 5,70/1000 nascidos vivos. Taxa de incidência de tuberculose de 29/100.000 hab. 40,8 médicos por 10.000 habitantes e 43,5 enfermeiras e/ou parteiras por 10.000 habitantes. (ONU, 2022).

(Apêndice A)

BRASIL

No Brasil o financiamento da Saúde é feito pelo SUS (Sistema Único de Saúde), de forma tripartite (Municípios, Estados e Ministério da Saúde), com controle e participação popular (Lei 8.142/90).

O financiamento da saúde no Brasil até a 1988 sempre foi excludente da grande massa da população brasileira, onde só obtinha acesso à saúde por meio de pagamento de prestadores ou pela filantropia. (PIOLA e BARROS, 2016). Com o advento da CF de 1988, inaugura-se uma nova fase do acesso universal à saúde. Conforme a Constituição “[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso

universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988) . O Financiamento à saúde no Brasil foi regulamentado pela Lei 8080/90 e LC 141/2012, os recursos são de responsabilidade fiscal da União, Estados, DF Municípios, contribuindo com 15 12% sua arrecadação impostos.

Criou-se um sistema universal baseado no financiamento público, mas foi mantida a livre iniciativa privada e não foram desativados os serviços destinados a servidores públicos. Como consequência o sistema de saúde brasileiro se divide em dois subsistemas: o público e o privado. No primeiro subsistema de acesso universalizado, formado por dois segmentos, onde todos os cidadãos têm direito, financiado por recursos públicos e gratuitos denominado SUS (Sistema Único de Saúde), e no outro segmento, de acesso a servidores públicos e militares. No subsistema privado, há dois segmentos , um de planos e seguros de saúde de afiliação voluntária e não compulsória financiado majoritariamente por empregados e empregadores ou subsidiados exclusivamente pelos indivíduos ou famílias. Outro segmento pago direto ao prestador (*out of pocket*) . Salienta-se que a cobertura por plano ou seguro, neste subsistema, não exclui estes indivíduos do acesso ao SUS.(PIOLA e BARROS, 2016)

Segundo o IBGE, 71,5% da população brasileira utilizam os serviços médicos e hospitalares pelo SUS (IBGE, PNS,2019).

A definição de suas responsabilidades vem sendo desde 1988 regrada por legislação infraconstitucional onde o nível municipal é responsável pela provisão básica dos serviços de saúde, principalmente a atenção primária.

O nível estadual é responsável pela organização das redes regionais e cooperação técnica e financeira aos municípios nos serviços de média e alta complexidade.

A nível federal, o Ministério da Saúde, coordena o SUS e formula a política nacional de saúde, registra e controla a qualidade dos produtos, procedimentos, insumos e equipamentos e política nacional de sangue e hemoderivados, além de gerir a os sistemas de vigilância sanitária e epidemiológica, de informação, controle e auditoria e avaliação do sistema de saúde. A regulação da atividade privada é função primordial do SUS através da (ANVISA) – Agência Nacional de Vigilância Sanitária e da (ANS) Agência Nacional de Saúde Suplementar. (Brasil, Lei 8080/90).

O Sistema público, pode também construir parcerias com as OSCIP (Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público), entidades jurídicas, privadas sem fins lucrativos (Brasil, Lei 9790/1999). O pagamento aos prestamistas em saúde é responsabilidade dos Estados e Municípios através do repasse de recursos, e distribuídos pelo Ministério da Saúde fundo a fundo (Fundo Nacional de Saúde, Fundo Estadual de Saúde, Fundo Municipal de Saúde). Além dos recursos de Estados e Municípios, priorizando-se as instituições filantrópicas. Outra particularidade dos recursos do Sistema único de Saúde (SUS), é que parte destes recursos também financia os sistemas privados de saúde.

Através das Políticas Públicas em Saúde, o PNS (Plano Nacional de Saúde), PES (Plano Estadual de Saúde), PMS (Plano Municipal de Saúde) constrói-se coletivamente (através

dos Conselhos Nacional, Estadual e Municipal) e das Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde.

Estas políticas são um conjunto de diretrizes, ações e programas formulados pelo governo para otimizar e organizar o sistema de saúde. Dentre as diretrizes das políticas estão o acolhimento, gestão participativa, clínica ampliada e compartilhada, ambiência, valorização do trabalho e direito de defesa do usuário. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) é aprovada pela CIT (Comissão Intergestores Tripartite) com representantes nas três esferas de governo.

A Política de Práticas Integrativas e Complementares (PICS), visa integrar ao SUS práticas como homeopatia, acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, aromaterapia, meditação, quiropraxia, dentre outras, integrando 29 práticas.

A nível estadual a distribuição dos recursos se concretiza através reunião da CIB (Comissão Intergestores Bipartite) via redes de saúde. Com o qual através de resoluções distribuem os recursos provenientes da esfera nacional (FNS) – Fundo Nacional de Saúde ao FES (Fundo Estadual de Saúde) e por conseguinte ao FMS (Fundo Municipal de Saúde) para destinação final aos prestamistas de saúde. Os planos estaduais e municipais de saúde estabelecem as principais metas e atingimento delas a partir do diagnóstico da saúde no estado e nos municípios a cada 4 anos. Os recursos tripartites respeitam a LDO (Lei de Diretrizes Orçamentárias), a LRF (Lei de Responsabilidade Fiscal, auditadas pelos Tribunais de Contas.

O Brasil tem um IDH considerado alto (0,760, 2022) , com pouca desigualdade de gênero, uma expectativa média de vida que chega a 73,42 anos (2022), uma mortalidade materna de 72,14/100.000 nascidos vivos, considerada alta dentro agenda 2030 (ODS) que preconiza diminuir para 70 esta taxa. Possui, ainda uma expectativa de escolaridade em 2022 de 15,57 anos de estudo, com uma renda per capita (2022) de U\$ 15.578,80 sendo 9,70% deste investido em saúde e com uma média de gastos em saúde per capita da ordem de U\$ 761,00, uma cobertura vacinal em duas doses em Sarampo de 58%. Uma mortalidade infantil com taxa de 8,60/1000 nascidos vivos. Taxa de incidência de tuberculose de 49/100.000 hab . 21,8 médicos por 10.000 habitantes e 55,10 enfermeiras e/ou parteiras por 10.000 habitantes. (ONU, 2022). **(Apêndice A)**

CHILE

O Chile apresenta um nível de desenvolvimento humano alto e, em ascensão quando comparado aos demais países objeto deste estudo. Considerada uma nação com alto desenvolvimento pela ONU, possuindo uma das menores taxas de mortalidade materna das economias estudadas. Quanto ao financiamento da saúde no Chile, é misto tanto no seu seguro, como na prestação de serviços. O seguro Público chamado Fundo Nacional de Saúde (FONASA), cobre aproximadamente 76% da população, incluindo as pessoas mais carentes de que contribuem com 7% de sua renda mensal através de contribuição fiscal direta.. O Sistema privado (ISAPRES) atende a 15% da população concentrando

pessoas de nível econômico mais elevado e quem contribui para este sistema fica isento de contribuir ao FONASA. Cerca de 50% dos recursos de provém da tributação dos usuários. FONASA e ISAPRES competem pela fonte comum de financiamento (contribuição de funcionários com limite mensal de US\$ 2.860,00). (fonte : Repositório USP). e **Apêndice B** - (FONASA).

O Direito à saúde no Chile é reconhecido em sua Constituição no art. 19, seu sistema de saúde é misto e segmentado em um sistema público e múltiplos privados. Baseado em esquemas seguros de saúde privados onde os trabalhadores dependentes são obrigados a contribuir, enquanto os trabalhadores independentes podem contribuir de forma voluntária em ambos os casos pode-se optar pelo ISAPRES ou FONASA. A Superintendência em Saúde faz o controle destes seguros para assegurar o Regime de Garantias em Saúde e o Ministério da Saúde exerce a reitoria destes sistemas. O Setor público é conformado pelo FONASA., pelos sistemas de saúde regionais (REDES), e os municipais pela Atenção Primária. O FONASA pressupõe uma assistência gratuita aos eu não podem contribuir e o encargo de 7% da renda tributável dos trabalhadores. As Forças Armadas possuem seu próprio subsistema, onde 5,5% da renda tributável é descontada e 1,5 % dos empregadores. O Subsistema Privado é composto pelas ISAPRES, através de contribuição dos trabalhadores afiliados com prêmio fixo e complementar e sistema de copagamentos. (Olivares Zuñiga, M.A, 2024)

O Chile IDH considerado alto (0,860, 2022) , com pouca desigualdade de gênero, uma expectativa média de vida que chega a 79,51 anos (2022), uma mortalidade materna de 15,4/100.000 nascidos vivos, considerada dentro da agenda 2023 (ODS) que preconiza diminuir para 70 esta taxa. Possui, ainda uma expectativa de escolaridade em 2022 de 16,76 anos de estudo, com uma renda per capita (2022) de U\$ 24.430,99 sendo 9,00% deste investido em saúde e com uma média de gastos em saúde per capita da ordem de U\$ 1.518,00, uma cobertura vacinal em duas doses em Sarampo de 81 %. Uma mortalidade infantil com taxa de 4,10/1000 nascidos vivos, sendo a mais baixa dos países estudados. Taxa de incidência de tuberculose de 17/100.000 hab . 31,70 médicos por 10.0000 habitantes e 49,70 enfermeiras e/ou parteiras por 10.000 habitantes. (ONU, 2022). (**Apêndice A**)

COLÔMBIA

A Colômbia vem decrescendo o seu IDH, nos últimos anos, e assim como outras nações latino-americanas possui uma elevada taxa de mortalidade materna e, em ascensão nos últimos 7 anos; aliada a uma renda per capita média quando comparada aos demais países estudados. O Sistema de financiamento da saúde colombiano é dividido em dois regimes. O Regime Contributivo (RC) àqueles que podem pagar e o Regime Subsidiado (RS) destinado àqueles que não conseguem contribuir, sendo que a qualidade e a

quantidade são melhores no regime contributivo. Conforme a Constituição colombiana de 1991, em seu art. 49, a saúde é direito fundamental, mas há disparidade na prática, onde o grande centro concentra a maioria dos serviços em uma extrema luta da população a aspirar pelo acesso universal. Embora a Constituição Colombiana não reconheça o direito à saúde como fundamental, há várias sentenças da Corte Internacional, que estabeleceram jurisprudência como base a Lei Estatutária 1751 de 2015, em que a saúde foi reconhecida como um direito fundamental. O órgão reitor da saúde na Colômbia é o Ministério da Proteção Social, que tem as funções de inspecionar, vigilar, e controlar as instituições do SGSSS (Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde) , criado pela Lei 100/1993, baseado em uma mistura público-privada, modificado em 2007 e 2011, ampliando seus princípios gerais de eficiência, universalidade, integralidade, unidade e participação.com os de igualdade, obrigatoriedade, prevalência de direitos, equidade, progressividade, livre escolha, sustentabilidade, descentralização administrativa (Olivares Zuñiga, M.A, 2024).

No SGSSS existem 3 tipos de regimes, o contributivo para trabalhadores da economia formal e suas famílias, com capacidade de pagamento com contribuição obrigatória de 12,5% (8% empregadores e 4% trabalhadores). O regime subsidiado para a população pobre e vulnerável cujos recursos provem de 1,5 de impostos e, especiais (Forças Armadas, Policias, Magistério, Empresa Colombiana de Petróleo e outras entidades com autonomia para estabelecer seus seguros), e são centralizados pelo Fundo de Solidariedade e Garantia, O Setor privado, independente do SGSS, atende a população com maior capacidade aquisitiva. (Olivares Zuñiga, M.A, 2024).

A Colômbia tem um IDH considerado alto (0,752, 2022) , com pouca desigualdade de gênero, uma expectativa média de vida que chega a 73,65 anos (2022), uma mortalidade materna de 74,76/100.000 nascidos vivos, considerada alta dentro da agenda 2023 (ODS) que preconiza diminuir para 70 esta taxa. Possui, ainda uma expectativa de escolaridade em 2022 de 14,43 anos de estudo, com uma renda per capita (2022) de U\$ 15.013,90 sendo 9,00% deste investido em saúde e com uma média de gastos em saúde per capita da ordem de U\$ 558,00, uma cobertura vacinal em duas doses em Sarampo de 84 %. Uma mortalidade infantil com taxa de 6,69/1000 nascidos vivos. Taxa de incidência de tuberculose de 47/100.000 hab . 24,5 médicos por 10.000 habitantes e 14,50 enfermeiras e/ou parteiras por 10.000 habitantes. (ONU, 2022). **(Apêndice A)**

COSTA RICA

A Costa Rica tem um sistema de saúde que busca alcançar a universalidade, tendo em 2019 uma cobertura de 85% da população. Este sistema é caracterizado por sua estabilidade institucional.

O País possui indicadores de saúde e desempenho semelhantes aos da OCDE, com grande esperança de vida ao nascer e baixa proporção de internações hospitalares evitáveis. O sistema é financiado principalmente com recursos públicos, sob o princípio da solidariedade, incluindo transferências de contribuições governamentais e de

segurança social; e, em menor medida, com recursos privado, por famílias, ONGs e empresas, através de seguro voluntário privado e compra por demandantes de serviços específicos fornecidos por farmácias, laboratórios, clínicas e hospitais privados.

O Financiamento público do sistema a saúde é alcançada através de contribuições ao CCSS (Caixa Costarricense de Seguro Social, que combina os diferentes regimes obrigatórios de segurança social existentes no país:

- O regime tripartido, em que empregados, empregadores e o Estado contribuir com suas contribuições para o fundo.
- O regime dos trabalhadores independente, em que o Estado também dá uma contribuição solidária.
- O regime de pensões, que consiste em contribuições de pensionistas e administradores fundos de pensões e o Estado.
- O regime de seguro do Estado, que inclui financiamento exclusivamente pelo Estado para subsidiar totalmente aqueles indivíduos que, devido à sua condição socioeconômica não podem pagar suas contribuições para a segurança social.

O Sistema ainda mede o custo com seguros privados das famílias e o desembolso particular (*out of pocket*).

O CCSS é o maior administrador de fundos de saúde e é um ator importante importância, não apenas por causa de seu tamanho no sistema de saúde da Costa Rica, mas também pelo seu duplo papel como administrador dos diferentes regimes saúde obrigatória da segurança social e como prestador de serviços médicos. O CCSS é uma instituição autónoma com categoria constitucional, estabelecida para o efeito administrar e aplicar o seguro social de saúde, de um compromisso obrigatório, solidário e universal (Lei nº 17, 1943). (Ministerio de La Salud Costa Rica)

A Costa Rica tem um IDH considerado alto (0,806,2022) , com pouca desigualdade de gênero, uma expectativa média de vida que chega a 77,32 anos (2022), uma mortalidade materna de 22/100.000 nascidos vivos, considerada dentro da agenda 2023 (ODS) que preconiza diminuir para 70 esta taxa. Possui, ainda uma expectativa de escolaridade em 2022 de 16,09 anos de estudo, com uma renda per capita (2022) de U\$ 20.238,48 sendo 8,00% deste investido em saúde e com uma média de gastos em saúde per capita da ordem de U\$ 949,00, uma cobertura vacinal em duas doses em Sarampo de 75 %. Uma mortalidade infantil com taxa de 6,88/1000 nascidos vivos. Taxa de incidência de tuberculose de 10/100.000 hab., 26,40 médicos por 10.000 habitantes e 60,20 enfermeiras e/ou parteiras por 10.000 habitantes. (ONU, 2022). **(Apêndice A)**

PERU

O Sistema Nacional de Saúde no Peru caracteriza-se por ser fragmentado (setor público e setor privado). O subsetor público, por sua vez, inclui vários subsistemas: o Ministério de Saúde (MINSA), O Seguro Social (ESSALUD), a Saúde das Forças Armadas e Policiais e os Governos Regionais.

Em 1997, com a introdução da Lei de Modernização da Segurança Social em Saúde, o Instituto Peruano de Seguridade Social foi reformado e criada a Segurança Social em Saúde. Seria composta por duas modalidades: o tradicional, que muda de nome para Essalud, e o particular, provedores de saúde (EPS), que fornece plano de benefícios de baixa complexidade através das redes de estabelecimentos privados. Da mesma forma, a Superintendência foi criada EPS (SEPS) como órgão supervisor dessa modalidade de prestação de serviços (ALCAIDE, 2011)

O quadro regulamentar do processo de Garantia Universal de Saúde (AUS) é definido basicamente pela Lei nº 29.344, Lei-Quadro do Seguro Universal de Saúde, seu Regulamento (Decreto Supremo nº 008-2010-SA) e Decreto Legislativo nº 1.158. Por fim, pelo Decreto Supremo Tribunal Federal nº 020-2014-SA aprova o Texto Ordenado Único (TUO) da Lei nº 29.344. A Lei AUS tem por objetivo garantir o direito pleno e progressivo à seguridade social em saúde a toda pessoa residente no território nacional e estabelece que o Ministério da Saúde (MINSA), no exercício da sua função governativa do sector da Saúde, tem a responsabilidade de estabelecer os padrões e políticas relacionadas à promoção, implementação e fortalecimento de Seguro de Saúde Universal (AUS). O Decreto Legislativo nº 1.158 dispõe sobre a mudança de denominação da Superintendência Nacional do Seguro Universal de Saúde (SUNASA) à Superintendência Nacional de Saúde (SUSALUD), e estabelece medidas destinadas a reforçar as suas funções. Consistente com sua nova denominação, SUSALUD é o órgão de fiscalização encarregado de garantir que os benefícios à saúde são fornecidos com qualidade, oportunidade, disponibilidade e aceitabilidade, com independência de quem os financia; com o propósito de promover, proteger e defender os direitos do acesso das pessoas aos serviços de saúde. O decreto legislativo especifica que os agentes que se encontrem sob a jurisdição do SUSALUD são todas as Instituições Gestoras de Fundos de Seguro de Saúde (IAFAS), bem como todas as Instituições Prestadoras de Serviços de Saúde (IPRESS). Da mesma forma, inclui as Unidades de Gestão do IPRESS (UGIPRESS), definidas como aquelas entidades ou empresas público, privado ou misto, criado ou a ser criado, diferente do IPRESS, responsável pela administração e gestão dos recursos destinados ao seu ótimo funcionamento. Neste contexto, os segurados são identificados como aquelas pessoas que residem no território nacionais que tenham seguro de saúde. O Inquérito Nacional aos Agregados Familiares (ENAH), realizado pelo Instituto Nacional de Estatística e Informática (INEI), mostra que em 2022, a nível nacional, 86,9% da população total possui pelo menos plano de saúde; e de acordo com o Registro de Membros da AUS da SUSALUD (RAAUS), registro nominativo de membros, há 35.551.135 membros em 31 dezembro de 2022, o que significa que 99,1% da população total tem pelo menos um seguro saúde. (Anuario Estadístico Susalud 2022)

O Peru tem um IDH considerado alto (0,762,2022) , com alguma desigualdade de gênero, uma expectativa média de vida que chega a 73,38 anos (2022), uma mortalidade materna de 68,53/100.000 nascidos vivos, considerada dentro da agenda 2023 (ODS)

que preconiza diminuir para 70 esta taxa. Possui, ainda uma expectativa de escolaridade em 2022 de 14,80 anos de estudo, com uma renda per capita (2022) de U\$ 11.916,35 sendo 6,00% deste investido em saúde e com uma média de gastos em saúde per capita da ordem de U\$ 412,00, uma cobertura vacinal em duas doses em Sarampo de 54 %. Uma mortalidade infantil com taxa de 7,90/1000 nascidos vivos. Taxa de incidência de tuberculose de 151/100.000 hab., 16,20 médicos por 10.000 habitantes e 26,60 enfermeiras e/ou parteiras por 10.000 habitantes. (ONU, 2022). **(Apêndice A)**

VENEZUELA

As dificuldades em estabelecer os volumes de recursos financeiros destinados à saúde provenientes do erário público, ou seja, do suposto Sistema Nacional de Saúde Pública (SPNS), são comuns a muitos outros investimentos públicos: a informação não é fidedigna. (Observatório Venezuelano de la Salud, 2024). Por outro lado, o que os números do BCV nos mostram é que a maior parte da despesa vem do bolso dos utentes, ou seja, é de natureza privada o que, no caso do SPNS, resulta numa perversão: mostra-se como público e, na verdade, é privado. O que queremos dizer é que a natureza do SS não é definida pela propriedade dos estabelecimentos que prestam serviços, mas pela origem dos fundos que o financiam e, no nosso caso e ao contrário do que está estabelecido na Constituição de 1999, o financiamento dos serviços prestados são fundamentalmente privados.

Prestação de serviços: Desde 1999, a deterioração da infraestrutura e a insuficiência de insumos (tecnologia e medicamentos, por exemplo) têm sido de tal magnitude que hoje os serviços que podem ser prestados são escassos, carentes de garantias e de qualidade duvidosa. Este último, atribuível ao lamentável fracasso da formação de Médicos Comunitários Integrais, cuja avaliação, amplamente divulgada por vários meios de comunicação social, se revelou altamente insuficiente relativamente às tarefas que lhes são confiadas nos hospitais e centros de saúde. Ou seja, o sistema oferece uma atividade nada condizente com a real qualidade da sua formação, o que é supostamente exercida pelo Ministério do Poder Popular para a Saúde (MPPS) neste momento. (Observatório Venezuelano de la Salud, 2024)

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em conjunto com a OMS, preconizam em seu documento sobre Saúde Universal (2022) que, a partir do Sistema de Contas de Saúde (SHA – 2011) estabelecer a relação entre a estrutura do SHA e as funções de financiamento em saúde, estabelecendo um fluxo de quem são arrecadadas as receitas, quais receitas são arrecadadas, como são administradas as receitas, quem são os agentes de financiamento, para quais extratos da população ela se dirige, os benefícios (cobertura) que os prestadores fornecem a população. Classificando as dimensões do financiamento à saúde em três funções principais: arrecadação, *pooling* (segmentação, níveis de descentralização e como é distribuído o risco) e *alocação ou compra*

(quantificação, dos gastos efetivos, quanto se gasta em saúde em relação ao PIB, como se alocam os recursos vinculados a provisão e ao consumo, que tipos de serviços são financiados e como os recursos são alocados entre os diferentes serviços).

A Venezuela tem um IDH considerado alto (0,699,2022) , com alguma desigualdade de gênero, uma expectativa média de vida que chega a 71,01 anos (2022), uma mortalidade materna de 259,18/100.000 nascidos vivos, considerada muito alta dentro da agenda 2023 (ODS) que preconiza diminuir para 70 esta taxa. Possui, ainda uma expectativa de escolaridade em 2022 de 13,50 anos de estudo, com uma renda per capita (2022) de U\$ 6.184,13 sendo 4,00% deste investido em saúde e com uma média de gastos em saúde per capita da ordem de U\$ 160,00, uma cobertura vacinal em duas doses em Sarampo de 30 %. Uma mortalidade infantil com taxa de 15/1000 nascidos vivos. Taxa de incidência de tuberculose de 46/100.000 hab., 16,60 médicos por 10.000 habitantes e 20 enfermeiras e/ou parteiras por 10.000 habitantes. (ONU, 2022). **(Apêndice A)**

4 CONCLUSÃO

A partir da tabulação dos dados é possível responder parcialmente a questão de pesquisa: como o financiamento à saúde influencia no IDH e nos indicadores selecionados? Nos países com financiamento misto (público, privado e seguro social), como Argentina, Chile e Costa Rica, o IDH se mostra melhor, em comparação aos países com financiamento público, privado, seguro social com ou sem contribuição e/ou suplementar (Brasil, Colômbia, Peru e Venezuela). A Educação e a Renda per capita são dimensões do IDH que refletem bastante em seus resultados, assim como os indicadores de porcentagem do PIB investido em saúde.

As mais altas taxas de mortalidade materno-infantil, índice de cobertura vacinal, e tuberculose se concentram nos países com menor PIB per capita como Brasil, Colômbia, Peru e Venezuela. Os sistemas de saúde com conta única de saúde pública, como Costa Rica e Brasil transmitem maior transparência na aplicação dos recursos na área da saúde.

A porcentagem do PIB investido em saúde, reflete apenas um maior IDH em países com PIB maior. O valor per capita investido em saúde mostra com mais clareza esta influência no IDH.

A Gestão da Saúde se mostra mais eficiente em países com maior transparência em suas contas de saúde. Um grande desafio para alguns países é, ainda, integrar estes fundos e recursos em um sistema único não segmentado, e a aderência à Contas Satélites da Saúde, a exemplo de Brasil e Colômbia, imprimindo maior transparência ao fluxo de capital investido na saúde, o que melhora consideravelmente o IDH.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo careceu de mais fontes que tange à Venezuela, que não conta em seus sítios governamentais dados atualizados. A Gestão da Saúde nos demais países mostra peculiaridades distintas no modo de financiamento, mas que aliadas às demais dimensões do IDH, conseguem atingir um alto índice de desenvolvimento humano. A maioria dos países utiliza sistemas mistos de financiamento à saúde, o que dificulta ao gestor a aferição da proveniência dos recursos utilizados, assim como o acesso universal. Um próximo estudo mais abrangente quanto ao financiamento e o IDH seria pertinente a medida de eficiência da resolutividade da Atenção Primária à Saúde como alavanca ao IDH. O estudo teve como limitações a dificuldade de a maioria dos países não adotarem as Contas Satélites de Saúde (CSS), o que não trouxe uma transparência maior ao estudo. Outro fator limitante foi a universalidade e a cobertura não ser explicada em alguns países, como?, quanto? Tipo de atenção prestada, primária, especializada, alta complexidade? E como são distribuídos estes serviços à população que não pode pagar pelos serviços de saúde.

6 REFERÊNCIAS

ALCALDE-RABANAL, Jacqueline Elizabeth; LAZO-GONZALEZ, Oswaldo; NIGENDA, Gustavo. Sistema de salud de Peru. **Salud pública Méx**, Cuernavaca , v. 53, supl. 2, p. s243-254, enero 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800019&lng=es&nrm=iso> acesso em 11 nov. 2024.

ARGENTINA, Ministerio de Salud ,

<<https://www.argentina.gob.ar/salud/transparencia/presupuesto>> acesso 10 dez. 2023

BRASIL, Constituição da República Federativa d Brasil 1988,

<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm, acesso em 20/01/2024> acesso 10 dez. 2023.

BRASIL, Lei 8.142/90. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm#:~:text=L8142&text=LEI%20N%C2%BA%208.142%2C%20DE%2028%20DE%20DEZEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20participa%C3%A7%C3%A3o%20da,sa%C3%BAde%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.&text=II%20%2D%20o%20Conselho%20de%20Sa%C3%BAde> acesso em 20 jan. 2024)

BRASIL, Lei 8080 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em :

<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. acesso em 15/02/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

< https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf>

Acesso em 14 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. 1.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004 disponível em:

< https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>

Acesso em 14 set. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 971, de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Disponível em:

< https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html>

Acesso em 14 set. 2023.

BRASIL, Políticas de Saúde

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf>

Acesso 01 fev. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Brasil :Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

< https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf>

Acesso em 14 set. 2023

COLÔMBIA. Ministerio de la Salud e Proteccion Social. Disponível em:

<minsa.gov.co> acesso em 14 set. 2023

COSTA RICA . Ministerio de Salud . Disponível em:

<<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca/material-educativo/material-publicado/indicadores-en-salud/indicadores-de-proteccion-financiera-en-salud/6054-informe-de-cuentas-de-salud-de-costa-rica-2017-2019/file>> Acesso em 10 dez. 2023.

COSTA RICA . Biblioteca Nacional de Saúde. Disponível em:

< <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/browse> > acesso em 10 dez. 2023.

FOLLAND, Sherman; Goodman, Allen C; Stano, Miron. A economia da saúde

Porto Alegre; Bookman; 5. ed; 2008. 736 p.

FONASA, Fondo Nacional de Salud de Chile Disponível em:

< <https://www.fonasa.cl>>. Acesso em 10 dez. 2023.

MACHADO CV. Políticas de Saúde na Argentina, Brasil e México: diferentes caminhos, muitos desafios. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018Jul;23(7):2197–212. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.08362018>> acesso em 15 set. 2023

ONU Brasil – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

<https://brasil.un.org/pt-br/sdgs> Acesso em 15 nov. 2023

ONU (United Nations Organization) – Human Development Reports

Argentina- Disponível em: <<https://hdr.undp.org/data-center/specific-country-data#/countries/ARG>> Acesso em 15 set. 2023

ONU (United Nations Organization) – Human Development Reports-

Brasil. Disponível em: <<https://hdr.undp.org/data-center/specific-country-data#/countries/BRA>> Acesso em 15 set. 2023

ONU (United Nations Organization) – Human Development Reports

Chile. Disponível em: <<https://hdr.undp.org/data-center/specific-country-data#/countries/CHL>> Acesso em 15 set. 2023

ONU (United Nations Organization) – Human Development Reports

Colômbia. Disponível em: <<https://hdr.undp.org/data-center/specific-country-data#/countries/COL>> Acesso em 15 set. 2023

ONU (United Nations Organization) – Human Development Reports

Costa Rica <<https://hdr.undp.org/data-center/specific-country-data#/countries/CRI>> Acesso em 15 set. 2023

ONU (United Nations Organization) – Human Development Reports

Peru. Disponível em: <<https://hdr.undp.org/data-center/specific-country-data#/countries/PER>> Acesso em 15 set. 2023

ONU (United Nations Organization) – Human Development Reports Venezuela

Disponível em: <<https://hdr.undp.org/data-center/specific-country-data#/countries/VEN>> Acesso em 15 set. 2023

OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) Recomendações para a elaboração de sínteses de evidências para políticas a partir do Sistema de Contas de Saúde (SHA 2011). Washington, D.C.; Organização Pan-Americana da Saúde; 2022. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56075/OPASHSSHS220002_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em 15 set. 2023.

OVS – Observatorio Venezolano de la Salud – Jorge Días Polanco Investigador del CENDES-OVS. Disponível em:

<https://www.ovsalud.org/boletines/salud/el-sistema-de-salud-en-venezuela/>

Acesso 20 set 2023

PAHO (OPAS) - Healt Accounts –

<<https://www.paho.org/en/topics/health-accounts>> Acesso em 15 set 2023.

PERU. Anuario Estadístico 2022.

<<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4873728/ANUARIO%20ESTADISTICO%20SUSALUD%202022.pdf>> Acesso em 15 set. 2023.

SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL: organização e financiamento / Rosa Maria Marques, Sérgio Francisco Piola, Alejandra Carrillo Roa (Organizadores). – Rio de Janeiro : ABrES ; Brasília Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento ; OPAS/OMS no Brasil, 2016. 260 p. : ISBN: 978-85-7967-115-9 (broch.). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf> Acesso em 15 set. 2023

USP, Universidade de São Paulo, Repositório , Financiamento a à Saúde Argentina Disponível em:

<<https://sites.usp.br/iberoamericanoralhealth/perfil/argentina/financiamento-argentina/>> Acesso em 15 set. 2023

GLOSSÁRIO

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.
 ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
 CES – Conselho Estadual de Saúde
 CMS – Conselho Municipal de Saúde
 CIB – Comissão Intergestores Bipartite
 CIT – Comissão Intergestores Tripartite
 FNS – Fundo Nacional de Saúde.
 FES – Fundo Estadual de Saúde.
 FMS – Fundo Municipal de Saúde.
 GDI (Gender Development Index) – Índice de Desigualdade de Gênero em inglês.
 GDP (Gross Domestic Product) – Produto Interno Bruto em inglês.
 IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
 IDH – Índice de Desenvolvimento Humano.
 IDHFEM – Índice de Desenvolvimento Humano Feminino.
 IGI (GII - Gender Inequality Index) – Índice de Desigualdade de Gênero em inglês.
 IDHAD (Inequality-Adjusted Human Development Index) -Índice de Desigualdade de Gênero Ajustado ao IDH em inglês
 OSCIP – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
 PES – Plano Estadual de Saúde.
 PIB – Produto Interno Bruto.
 PMS – Plano Municipal de Saúde.
 PNS – Plano Nacional de Saúde.
 PNUD – Plano das Nações Unidas para o Desenvolvimento.
 RNB – Rendimento Nacional Bruto
 SUS – Sistema Único de Saúde.

APÊNDICE A - TABELA DE INDICADORES

INDICADOR	ARGENTINA	BRASIL	CHILE	COLÔMBIA	COSTA RICA	PERU	VENEZUELA
F FINANC.	PÚB, SS E PRIV.	PÚB, PRIV, SUP.	PÚB, SS OU PRIV	PÚB, SS SUB, SS PRIV	PÚB. E PRIVADO	PÚB. SS E PRIV.	PÚB, SS E PRIVADO
IDH 2016	0,848	0,753	0,846	0,763	0,796	0,764	0,759
IDH 2017	0,853	0,758	0,851	0,765	0,800	0,765	0,750
IDH 2018	0,852	0,732	0,854	0,766	0,804	0,770	0,738
IDH 2019	0,853	0,764	0,859	0,768	0,811	0,774	0,720
IDH 2020	0,841	0,758	0,849	0,756	0,811	0,758	0,691
IDH 2021	0,844	0,756	0,849	0,752	0,804	0,755	0,690
IDH 2022	0,849	0,760	0,860	0,758	0,806	0,762	0,699
HDIFEM2016	0,837	0,745	0,831	0,759	0,784	0,742	0,762
HDIFEM2017	0,841	0,748	0,836	0,761	0,790	0,744	0,751
HDIFEM2018	0,842	0,753	0,839	0,761	0,796	0,749	0,739
HDIFEM2019	0,843	0,757	0,843	0,763	0,804	0,755	0,718
HDIFEM2020	0,832	0,754	0,832	0,751	0,807	0,743	0,686
HDIFEM2021	0,832	0,754	0,840	0,751	0,799	0,738	0,686
HDIFEM2022	0,841	0,758	0,846	0,756	0,803	0,742	0,694
GDI2016	0,994	0,993	0,964	0,992	0,978	0,947	1,020
GDI2017	0,994	0,992	0,962	0,992	0,982	0,950	1,018
GDI2018	0,998	0,992	0,966	0,991	0,986	0,952	1,015
GDI2019	0,998	0,994	0,966	0,988	0,988	0,955	1,006
GDI2020	0,999	0,996	0,969	0,999	0,994	0,963	1,001
GDI2021	0,999	1,001	0,969	0,999	0,991	0,958	1,002
GDI2022	0,995	1,000	0,973	0,998	0,995	0,952	1,002
EXPVIDA2016	76,30	74,42	80,07	76,47	79,45	75,78	72,50
EXPVIDA2017	76,83	74,82	80,35	76,64	79,37	75,87	71,94

EXPVIDA2018	76,99	75,10	80,13	76,74	79,48	76,00	71,97
EXPVIDA2019	77,28	75,33	80,32	76,75	79,42	76,15	72,16
EXPVIDA2020	75,89	74,00	79,37	74,76	79,27	73,66	71,09
EXPVIDA2021	75,39	72,75	78,94	72,83	77,02	72,37	70,55
EXPVIDA2022	76,06	73,42	79,51	73,65	77,32	73,38	71,01
MORTMAT2016	40,25	62,71	15,01	70,08	18,57	61,72	150,41
MORTMAT2017	38,24	59,70	14,73	71,44	18,71	60,81	174,80
MORTMAT2018	33,94	59,18	15,13	63,19	17,98	62,55	179,33
MORTMAT2019	32,60	60,73	14,60	65,44	18,69	71,99	176,52
MORTMAT2020	44,90	72,14	15,03	74,76	22,00	68,53	259,18
MORTMAT2021	44,90	72,14	15,03	74,76	22,00	68,53	258,18
MORTMAT2022	44,90	72,14	15,03	74,76	22,00	68,53	259,18
EXPESC2016	17,86	15,29	16,39	14,76	14,81	14,58	13,81
EXPESC2017	17,84	15,40	16,49	14,73	15,06	14,78	13,77
EXPESC2018	17,86	15,50	16,60	14,62	15,22	14,49	13,68
EXPESC2019	18,09	15,44	16,64	14,52	15,83	14,70	13,59
EXPESC2020	18,36	15,44	16,34	14,39	16,09	14,80	13,50
EXPESC2021	18,98	15,57	16,76	14,43	16,09	14,80	13,50
EXPESC2022	18,98	15,57	16,76	14,43	16,09	14,80	13,50
RPERCAP2016	22.692,46	14.098,29	23.933,09	14.202,42	18.735,01	11.820,51	14.482,92
RPERCAP2017	22.994,83	15.407,01	23.592,67	14.089,49	19.114,77	11.870,28	12.322,10
RPERCAP2018	21.922,97	15.503,76	24.051,74	14.064,30	19.711,19	12.069,98	10.427,23
RPERCAP2019	21.205,47	15.449,37	23.892,70	14.293,70	19.584,57	12.279,26	7.836,52
RPERCAP2020	19.183,12	15.445,96	21.509,36	13.219,80	18.631,60	10.894,36	5.459,72
RPERCAP2021	21.093,47	15.578,80	23.852,84	14.402,60	19.913,07	11.509,57	5.587,19
RPERCAP2022	22.047,97	15.578,80	24.430,99	15.013,90	20.238,48	11.916,35	6.184,13
GSP CAP U\$	1044,77	761,00	1518,00	558,00	949,00	412,00	160,00

% PIB NA SAÚDE	9,71	9,70	9,00	9,00	8,00	6,00	4,00
COBSAR2016	88%	77%	87%	87%	87%	68%	53%
COBSAR2017	89%	67%	90%	89%	93%	67%	59%
COBSAR2018	99%	76%	93%	88%	93%	67%	39%
COBSAR2019	84%	54%	91%	89%	93%	66%	13%
COBSAR2020	71%	44%	83%	88%	81%	52%	28%
COBSAR2021	79%	46%	91%	86%	69%	60%	37%
COBSAR2022	94%	58%	81%	84%	75%	54%	30%
COBSAR2023	54%	64%	70%	84%	83%	66%	40%
MORTINF2016	6,50	10,00	5,10	8,20	6,10	8,40	15,00
MORTINF2017	6,20	9,10	5,00	7,90	6,00	8,40	15,00
MORTINF2018	6,10	9,00	4,80	7,60	6,00	8,40	15,00
MORTINF2019	6,00	8,90	4,70	7,40	6,20	8,30	15,00
MORTINF2020	5,90	8,80	4,50	7,10	6,50	8,20	15,00
MORTINF2021	5,80	8,70	4,30	6,90	6,70	8,10	15,00
MORTINF2022	5,70	8,60	4,10	6,69	6,88	7,90	15,00
TUB/2022	29,00	49,00	17,00	47,00	10,00	151,00	46,00
MÉD/HAB 2022	40,80	21,40	31,70	24,50	26,40	16,20	16,60
ENF/HAB/2022	43,50	55,10	49,70	14,50	60,20	26,60	20,00

LEGENDA

F.FINANC. - FONTE DE FINANCIAMENTO

PÚB - PÚBLICO

PRIV - PRIVADO

SS- SEGURO SOCIAL

SS SUB - SEGURO SOCIAL SUBSIDIADO

MORTMART - TAXA DE MORTALIDADE MATERNA

IDH - ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO

GDI - ÍNDICE DE DESIGUALDADE DE GÊNERO

HDIFEM - ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO FEMININO

GSP CAP U\$ - GASTO EM SAÚDE PER CAPITA SOBRE O PIB EM DÓLAR

EXPVIDA – EXPECTATIVA MÉDIA DE VIDA

EXPESC- EXPECTATIVA MÉDIA DE ESCOLARIDADE

COBSAR- COBERTURA VACINAL DO SARAMPO 2 DOSES

MORTINF - TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL EM 1000 NASCIDOS VIVOS

MÉD/HAB- NÚMERO DE MÉDICOS POR 10.000 HABITANTES

ENF/HAB - NÚMERO DE ENFERMEIRAS E PARTEIRAS POR 10.000 HABITANTES

TUB/2022 - TAXA DE ICIDÊNCIA DE TUBERCULOSE EM 100.000 HABITANTES

Tabela compilada pelo aluno com dados da ONU.

APENDICE B - FONASA DADOS DE ACESSO CHILE

ESTATÍSTICAS DA POPULAÇÃO BENEFICIÁRIA DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE
E SUA PARTICIPAÇÃO EM RELAÇÃO A OUTROS SISTEMAS
NÚMERO DE PESSOAS, ANOS 1990-2018
(em dezembro de cada ano)

ANO	Seguro Público (1)	Part. Seg. Público (%)	Seguros Privados (2)	Part. Seg. Privados (%)	Otros (3)	Part. Outros (%)	População Total (4)
1990	9.729.020	73,1	2.108.308	15,9	1.463.068	11,0	13.300.396
1991	9.414.162	69,5	2.566.144	18,9	1.563.320	11,5	13.543.626
1992	8.788.817	63,7	3.000.063	21,8	1.997.977	14,5	13.786.857
1993	8.537.786	60,9	3.431.543	24,5	2.060.762	14,7	14.030.091
1994	8.644.479	60,6	3.669.874	25,7	1.958.971	13,7	14.273.324
1995	8.637.022	59,6	3.763.649	26,0	2.094.551	14,4	14.495.222
1996	8.672.619	59,0	3.813.384	25,9	2.209.787	15,0	14.695.790
1997	8.753.407	58,8	3.882.572	26,1	2.260.383	15,2	14.896.362
1998	9.137.599	60,5	3.679.835	24,4	2.279.496	15,1	15.096.930
1999	9.403.455	61,5	3.323.373	21,7	2.570.671	16,8	15.297.499
2000	10.157.686	65,6	3.092.195	20,0	2.234.851	14,4	15.484.732
2001	10.156.364	64,9	2.940.795	18,8	2.561.472	16,4	15.658.631
2002	10.327.218	65,6	2.828.228	18,0	2.597.608	16,5	15.753.054
2003	10.580.090	66,5	2.729.088	17,1	2.610.575	16,4	15.919.753
2004	10.910.702	67,8	2.678.432	16,7	2.494.359	15,5	16.083.493

2005	11.120.094	68,4	2.660.338	16,4	2.468.312	15,2	16.248.744
2006	11.479.384	69,9	2.684.554	16,4	2.254.582	13,7	16.418.520
2007	11.740.688	70,7	2.776.912	16,7	2.078.261	12,5	16.595.861
2008	12.248.257	73,0	2.780.396	16,6	1.753.157	10,4	16.781.810
2009	12.504.226	73,7	2.776.572	16,4	1.690.657	10,0	16.971.455
2010					1.603.711		
(5)	12.731.506	74,2	2.825.618	16,5		9,3	17.160.835
2011	13.202.753	76,1	2.925.973	16,9	1.221.437	7,0	17.350.163
2012	13.377.082	76,3	3.064.719	17,5	1.096.388	6,3	17.538.189
2013	13.451.188	75,9	3.206.312	18,1	1.067.817	6,0	17.725.317
2014	13.468.265	75,2	3.308.927	18,5	1.135.539	6,3	17.912.731
2015	13.256.173	73,2	3.410.487	18,8	1.432.486	7,9	18.099.146
2016	13.598.639	74,4	3.427.665	18,7	1.256.597	6,9	18.282.901
2017	13.926.475	74,9	3.393.662	18,3	1.265.162	6,8	18.585.299
2018	14.242.655	75,2	3.404.896	18,0	1.281.760	6,8	18.929.311

Nota:

- (1) Considera todos os beneficiários do Seguro Público de Saúde administrado pelo FONASA.
- (2) Considera todos os beneficiários de Seguros Privados de Saúde administrados pelo sistema ISAPRES.
- (3) Considera pessoas físicas e F.F.A.A. não segurados nos Seguros Públicos e Privados acima indicados.
- (4) Os anos 1990 a 2001 correspondem à Projecção do INE 1990 - 2020 realizada até Dezembro de cada ano
- (5) Antes de 2010, os dados reportados sobre a população segurada no FONASA correspondiam a uma estimativa e não a uma estatística.

Fonte:

Preparação baseada na Pesquisa CASEN 1996, 1998, 2000, 2003, 2006, 2009.

Proyecciones y Estimaciones de Población, INE 1990- 2020.

Ano 2010, Sistema de Información de asegurados FONASA.

População Chile 2024 – 19.860.062 habitantes