

CRÍTICA REVOLUCIONÁRIA

Revolutionary Criticism

Crit Revolucionária, 2023;3:e008

Ensaio - Marxismo Latino-americanos

https://doi.org/10.14295/2764-4979-RC_CR.2023.v3.55

EL PENSAMIENTO POLÍTICO-ECONÓMICO EN SALUD DE NELSON RODRIGUES DOS SANTOS Y LA MIRADA SOBRE EL GASTO PÚBLICO DE THOMAS PORCHER

Andrey Oliveira da CRUZⁱ  

Camila de Brito PONTESⁱⁱ 

Farid SAMAANⁱⁱⁱ  

Jennifer REZENDE^{iv}  

Laura Soares TUPINAMBÁ^v  

Mauricio Hideki Yague LEITE^{vi}  

Viviane Regina OLIVEIRA^{vii} 

ⁱ Universidade de São Paulo – USP, Faculdade de Saúde Pública – FSP, Departamento Ciclo de Vida, Saúde e Sociedade. São Paulo, SP, Brasil.

ⁱⁱ Universidade de Fortaleza – UNIFOR, Vice-Reitoria de Ensino de Graduação e Pós-graduação – VRE, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva– PPGSC. Fortaleza, CE, Brasil.

ⁱⁱⁱ Governo do Estado de São Paulo – GESP, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES, Grupo de Planejamento e Avaliação. São Paulo, SP, Brasil.

^{iv} Universidade de São Paulo – USP, Faculdade de Saúde Pública – FSP, Especialização em Economia e Gestão em Saúde. São Paulo, SP, Brasil.

^v Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará – FSCMPA, Mestrado Profissional em Gestão e Serviços em Saúde. Belém, PA, Brasil.

^{vi} Universidade de São Paulo – USP, Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH, Mestrado em Gerontologia. Guarulhos, SP, Brasil.

^{vii} Universidade de São Paulo – USP, Faculdade de Saúde Pública – FSP, Especialização em Economia e Gestão em Saúde. São Paulo, SP, Brasil.

Autor de correspondencia: Andrey Oliveira da Cruz aocruz@usp.br

Recibido: 26 jul 2023

Revisado: 02 ago 2023

Aprobado: 04 ago 2023

https://doi.org/10.14295/2764-4979-RC_CR.v3.55

Copyright: Artículo de acceso abierto, bajo los términos de la Licencia Creative Commons (CC BY-NC), que permite copiar y redistribuir, remezclar, transformar y crear a partir de la obra, siempre que no sea con fines comerciales. Deben citarse los créditos.



Resumen

En este ensayo, con una mirada al pensamiento político-económico en salud, se destacan los principales aportes de Nelson Rodrigues dos Santos contenidos en una de sus importantes obras: “El Dilema Estadista II: Cómo se forja el espacio de las Políticas Públicas con ejemplos del Área de la Salud”; autor, brasileño, profesor, médico y gestor de salud pública, fue uno de los principales actores de la Reforma Sanitaria brasileña. Al mismo tiempo, se intenta insertar aspectos del artículo “Gasto público: ¿por qué tanto odio?” de Thomas Porcher, economista y profesor francés, crítico de la economía ortodoxa y la austeridad fiscal como pretextos para la falta de fomento de políticas sociales en Europa. Nuestro objetivo era buscar un vínculo entre los dos autores. Como método se utilizó el análisis de contenido y, estructuralmente, el texto se dividió en tres partes: breve biografía de los autores, presentación de los aportes al campo de la política económica contenidos en los textos preseleccionados y consideraciones finales.

Descriptores: Políticas públicas; Gasto público en salud; Organizaciones de economía y salud.

<p>PENSAMENTO POLÍTICO-ECONÔMICO EM SAÚDE DE NELSON RODRIGUES DOS SANTOS E O OLHAR PARA O GASTO PÚBLICO DE THOMAS PORCHER</p> <p>Resumo: Neste ensaio, com olhar para o pensamento político-econômico em saúde, destacam-se as principais</p>	<p>POLITICAL-ECONOMIC THINKING IN HEALTH BY NELSON RODRIGUES DOS SANTOS AND THE LOOK AT PUBLIC SPENDING BY THOMAS PORCHER</p> <p>Abstract: In this essay, with a look at political-economic thinking in health, the main contributions of Nelson</p>
---	--

<p>contribuições de Nelson Rodrigues dos Santos contidas em um de seus importantes trabalhos: “O Dilema Estatista II: Como é forjado o espaço das Políticas Públicas com exemplos da Área da Saúde”; autor, brasileiro, professor, médico e gestor público de saúde, foi um dos principais atores da Reforma Sanitária Brasileira. Ao mesmo tempo, procura-se inserir na análise de Santos, aspectos do artigo de Thomas Porcher “Gasto Público: por que tanto ódio?”, um economista e professor francês, crítico da economia ortodoxa e da austeridade fiscal como pretextos para a falta de incentivo às políticas sociais na Europa. O nosso objetivo foi buscar uma articulação entre os dois autores. Como método, foi utilizada a análise de conteúdo e, estruturalmente, dividiu-se o texto em três partes: breve biografia dos autores, apresentação propriamente dita das contribuições para o campo da política econômica contidas nos textos pré-selecionados e considerações finais.</p> <p>Descritores: Políticas públicas; Gastos públicos com saúde; Economia e organizações de saúde.</p>	<p>Rodrigues dos Santos contained in one of his important works stand out: “The Statist Dilemma II: How the space of Public Policies is forged with examples from the Health Area”; author, Brazilian, professor, doctor and public health manager, was one of the main actors of the Brazilian Sanitary Reform. At the same time, an attempt is made to insert aspects of Thomas Porcher’s article “Public Spending: why so much hate?”, a French economist and professor, critical of orthodox economics and fiscal austerity as pretexts for the lack of encouraging social policies in Europe. Our objective was to seek a link between the two authors. As a method, content analysis was used and, structurally, the text was divided into three parts: brief biography of the authors, presentation of the contributions to the field of economic policy contained in the pre-selected texts and final considerations.</p> <p>Descriptors: Public policies; Public spending on health; Economics and health organizations.</p>
--	--

INTRODUCCIÓN

Desde hace décadas, Brasil vive en un clima político y económico de constantes ataques a los programas de apoyo social. Entre ellos se encuentra el Sistema Único de Salud - SUS, la mayor política social jamás implementada en el país.

Según Nelson Rodrigues dos Santos, líder histórico de la lucha por la democracia y por el derecho universal a la salud en Brasil, el SUS fue la política pública que más avanzó, más se encarnizó y más se politizó al final de la dictadura y durante la construcción de la Constitución Federal.¹ De hecho, uno de los hitos más importantes de esta conquista, si no el más importante, fue la Constitución de la República Federativa de Brasil de 1988, que declaró explícitamente que la salud es un derecho de los ciudadanos y un deber del Estado.

A pesar de ello, según Gastão Wagner de Sousa Campos,² ningún gobierno o partido político ha asumido la financiación y la implementación del SUS como prioridad nacional; por el contrario, y como consecuencia, en los últimos 30 años se ha asistido a la mercantilización de los espacios y procesos de salud pública de las formas más diversas y apoyada, de forma reiterada y constante, por la política económica del Estado brasileño. En su opinión, los sistemas universales de salud son organizaciones no mercantiles insertas en naciones capitalistas en las que la cultura de la protección social se mantiene viva en la sociedad y en las políticas estatales, independientemente del crecimiento económico, y que los conceptos de eficacia y eficiencia no deben disociarse en ningún caso de la perspectiva pública de inclusión social.

Asimismo, la sostenibilidad de los sistemas universales de salud debe estar permanentemente garantizada por políticas de Estado que prioricen la financiación y no favorezcan los mercados privados². A pesar de ello, el Banco Mundial (BM), institución financiera que concede préstamos a los países en desarrollo, en su informe de 2017, consideró que Brasil debe fomentar la privatización, la externalización y el fin de la gratuidad de los servicios de salud. Además, el BM afirma que Brasil gasta demasiado en salud, sin analizar más a fondo el hecho de que la mayor parte de este gasto en salud (54%) va a una minoría con salud complementaria (25%)³.

No sólo en el ámbito teórico, estas recomendaciones se inscriben de hecho en un movimiento político y cultural hacia la mercantilización de la salud en Brasil y en el extranjero. El Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido, por ejemplo, se ha visto sometido en la última década a una presión política que ha alterado profundamente los principios que rigieron su creación, aunque con magnitudes diferentes en los distintos países del Reino Unido, es decir, con

mayor intensidad en Inglaterra y menor en Escocia. En términos generales, entre 2013 y 2020 se produjo un aumento considerable del nivel de externalización de servicios y profesionales sanitarios en el NHS, un sistema que no tenía ánimo de ganancias, pero que ha ido sustituyendo progresivamente su red de servicios y empleados públicos por instituciones multinacionales con ánimo de lucro. También hay que señalar que un estudio reciente mostró una pérdida de eficiencia, eficacia y un aumento de las muertes evitables en el Reino Unido durante este período y como resultado de estos cambios⁴.

En Brasil, en la misma dirección de la ola neoliberal, hay un progresivo subfinanciamiento y desfinanciamiento del SUS e incentivos fiscales al sistema privado en el campo político, con la participación de los grandes medios de comunicación en el deterioro de la imagen del SUS y favoreciendo la propaganda de las empresas privadas de salud.⁵ Al mismo tiempo, hay una falta de sintonía del Estado con las directrices de organización del sistema público, generando una tensión permanente entre las esferas federal, estadual y municipal y una falta de orden en los procesos de descentralización y regionalización.⁶

En los últimos 20 años, la renuncia a los ingresos fiscales en Brasil ha sido un verdadero incentivo para los planes privados de salud, patrocinando paradójicamente la actividad económica y el gasto en salud de los estratos sociales menos vulnerables, es decir, los de mayores ingresos. Y no se puede imaginar que las medidas políticas que han sostenido esta condición se hayan forjado por casualidad. De hecho, el núcleo del poder de decisión del Estado brasileño está cubierto por los planes privados de salud y sobre él recaen (o, en lo que respecta a las capas más vulnerables de la población, no tienen suerte) todo tipo de presiones del mercado globalizado de empresas y productos sanitarios privados.

Según Ocké-Reis⁷

[...] no es aconsejable naturalizar la dispensa - aceptarla como natural, ya que resultó de la acción humana, condicionada por intereses económicos y políticos, en un determinado período histórico - ni mantener su aplicación desregulada - alejada de valores, normas y prácticas que posibilitan el ejercicio del control gubernamental en el marco constitucional del SUS. Al fin y al cabo, la renuncia puede generar una situación tan regresiva desde el punto de vista de las finanzas públicas - al favorecer a los estratos superiores de renta y al mercado de seguros de salud [...].⁷⁽²⁰³⁷⁾

Entre 2003 y 2015, la suma de recursos que el Estado brasileño dejó de recaudar debido a las exenciones fiscales fue de aproximadamente R\$ 331.5 millones, cantidad que podría haberse destinado, por ejemplo, a la atención primaria de salud y a servicios de mediana complejidad.⁷

A la luz de estas constataciones, este ensayo crítico pretende discutir las contribuciones de una importante figura del movimiento sanitario brasileño, Nelson Rodrigues dos Santos, en el campo de la economía de la salud, tomando como base uno de sus importantes trabajos, “*O Dilema Estatista II: Como é forjado o espaço das Políticas Públicas com exemplos da Área da Saúde*”, publicado en la revista *Saúde em Debate* en 1990.

Esta revista, creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileño de Estudios de la Salud - CEBES⁵ y fue un importante vehículo de difusión de estudios, investigaciones y reflexiones sobre la salud colectiva, incluso en el período posterior a la dictadura militar. El artículo presenta diversas cifras e informaciones de los campos de las ciencias sociales, la economía y la política para denunciar la relación entre la sociedad y el Estado en el Brasil de la época y sus consecuencias para el sector de la salud.⁵ Cabe destacar que mucho de lo que se señaló sigue siendo intenso en el escenario actual, por lo que retomar el tema hoy es fundamental.

Para añadir valor a la discusión, utilizamos el capítulo “*El Gasto Público: ¿por qué tanto odio?*” del libro “*Tratado de economía herética: para poner fin al discurso dominante*” del economista francés Thomas Porcher,⁸ profesor universitario y crítico con la economía ortodoxa y la austeridad fiscal como pretexto para la falta de incentivos a las políticas sociales en Europa.

Como tal, este trabajo se divide en tres partes: un resumen de la biografía de los autores; una descripción de los principales temas del artículo de Nelson Rodrigues dos Santos,⁵ incorporando, siempre que ha sido posible, aspectos del trabajo de Thomas Porcher, vistos sobre todo a través del capítulo de su libro más reciente; y consideraciones finales, resumiendo las principales contribuciones al campo de la política económica contenidas en los textos preseleccionados.

BIOGRAFÍA DE LOS AUTORES

Nelson Rodrigues dos Santos es un médico brasileño graduado por la Universidad de São Paulo - USP (1961), con especialización en Salud Pública (1969) y doctorado en Medicina Preventiva (1967) por la misma institución. Uno de los líderes de la lucha por la democracia y la reforma sanitaria en Brasil, fue también profesor titular de Salud Colectiva en la Universidad Estatal de Londrina (UEL), profesor adjunto en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de São Paulo (FSP/USP) y profesor colaborador en la Universidad Estatal de Campinas (Unicamp).⁹

“Nelsão”, como le llaman sus amigos, inició su acercamiento a la salud pública tras ser invitado a trabajar como asistente del médico Samuel Pessoa, “despegó” en la ciudad de Londrina cuando coordinó el departamento de Salud Comunitaria de la UEL en los años 70, llegando a ser detenido por el Destacamento de Operaciones de Información - Centro de Operaciones de Defensa Interna - DOI-Codi por su activismo en la universidad y su antigua militancia en el Partido Comunista Brasileño - PCB.¹⁰

Tras su liberación y sintiéndose impedido de actuar de acuerdo con su ideología, en 1977 aceptó una invitación de la Organización Panamericana de la Salud - OPS, en Brasilia/DF, y participó en el Programa de Preparación Estratégica del Personal de Salud - PPREPS/OPS, capítulo previo al II Simposio de la Cámara de Diputados en 1982 (convocado por el Centro Brasileño de Estudios de la Salud - CEBES y la Asociación Brasileña de Salud Colectiva - ABRASCO) y a la VIII Conferencia Nacional de Salud en 1986, movimientos precursores del SUS.¹⁰

Nelson ha ocupado diversos cargos en la gestión de la salud pública, además de ser consultor de la OPS, entre ellos Secretario Ejecutivo del Consejo Nacional de Salud - CNS del SUS, coordinador de la Comisión Interinstitucional de Salud de la Secretaría de Salud del Estado de São Paulo, coordinador de la Oficina de Municipalización de la Secretaría de Salud del Estado de São Paulo y miembro de la Coordinación de la Secretaría Municipal de Salud de Campinas.⁹

Actualmente es miembro del Consejo Superior y Fiscal (y uno de los fundadores) del Instituto de Derecho Sanitario Aplicado - IDISA, entidad privada sin ánimo de lucro creada en 1994, formada por especialistas, profesores y estudiosos del Derecho Sanitario, de la Salud Colectiva y de la Gestión Pública del SUS, cuya misión es la protección y defensa del derecho a la salud de las personas y el perfeccionamiento del derecho sanitario.¹¹

Nelson Rodrigues dos Santos participa con frecuencia en eventos, publica artículos y opiniones en diversos medios de comunicación, como sobre las elecciones brasileñas de 2018 en el sitio web del CEBES, contextualizando que existe una verdadera hegemonía neoliberal en el país desde hace 30 años y que hasta 2002, la contrahegemonía contaba con fuerzas desarrollistas, democráticas y populares; desde 2003, es inerte o sólo está presente en el discurso, prefiriendo la **governabilidad** y optando por la asimilación del Estado por el capital financiero.¹²

En 2021, a través del Centro de Estudios Estratégicos de la Fundación Oswaldo Cruz - Fiocruz - CEE-Fiocruz, publicó un artículo sobre la situación pandémica y el SUS, dividido en

cuatro temas: referencia prepandémica, período pandémico, sentido común inusual y propuesta. A lo largo del texto, discute la continua impotencia de la atención primaria para cambiar el modelo del SUS, las limitaciones de financiación, la relación público-privada y la resistencia a las acciones de debilitamiento del sistema de salud. A continuación, informa sobre la falta de integración entre las esferas federal, estadual y municipal, el impacto económico de la pandemia y, por último, presenta una propuesta de Prioridad Estratégica para la asunción y construcción de la directriz constitucional de Regionalización/Hierarquización.¹³

Más recientemente, en mayo de 2022, en el lanzamiento del libro “*O longo amanhecer do Sistema Único de Saúde: reflexões para o SUS reexistir*” (El largo amanecer del Sistema Único de Salud: reflexiones para que el SUS vuelva a existir),¹⁴ organizado por Fabiano Tonaco Borges, Nelson, llamado el hombre de la esperanza, dijo que el SUS es un proceso histórico que está despegando, porque había decenas de activistas en la década de 1970, ahora hay miles; y aunque este amanecer sea largo, el sol saldrá, y depende de todos luchar con la misma determinación, coherencia e intensidad, porque vale la pena **volver a existir**.¹⁴

Thomas Porcher, por su parte, es un economista, profesor y ensayista francés nacido en 1977 en la comuna de Drancy - un suburbio al noreste de París, en el departamento de Seine-Saint-Denis-, hijo de un inmigrante vietnamita profesor de escuela de negocios y de una costurera de grandes marcas italianas. Se doctoró en Economía en la *Université Paris-XIII Villetaneuse* con la tesis “*Recettes pétrolières et financement de la lutte contre la pauvreté: le cas de la République du Congo*”, publicada en forma de libro¹⁵.

Desde un movimiento intelectual en formación, Porcher pretende influir en los debates sobre las elecciones europeas y sacarlos de un juego entre “progresistas” y “nacionalistas”. Además de su presencia constante en los medios de comunicación, publica artículos en revistas científicas, algunas de las cuales se encuentran entre el 5% de las más citadas del mundo, y aunque imparte clases en una escuela de negocios privada - profesor asociado de Economía en la Escuela de Negocios de París - no ve contradicción alguna con sus principios heterodoxos¹⁶.

Desde 2016, Porcher forma parte de una asociación llamada *Les Économistes Atterrés*, que se hizo visible en 2010 con un manifiesto compuesto por 10 **falsas evidencias**,¹⁷ para demostrar la ineficacia e injusticia de las propuestas ortodoxas. El colectivo busca provocar la reflexión colectiva y proponer alternativas a las políticas de austeridad de los gobiernos actuales, a través de

publicaciones e intervenciones en reuniones públicas o en los medios de comunicación que lo soliciten.¹⁷

Entre sus artículos, el más citado es “*Hedging strategies in energy markets: The case of electricity retailers*”¹⁸ publicado en la revista *Energy Economics*, en el que analiza las actividades de los comercializadores de electricidad, las mejores carteras según momentos concretos y la eficiencia de las carteras de cobertura intradía.¹⁸

En cuanto a los libros de su autoría, el más conocido es el *best-seller* “*Traité d'économie hérétique: en finir avec le discours dominant*”⁸ (Tratado de economía herética: acabar con el discurso dominante), con más de 50.000 ejemplares vendidos en varios idiomas,⁸ en el que presenta un contraargumento para que los lectores no acepten como inevitable el discurso dominante, las llamadas **verdades económicas**.

En 2018, Thomas Porcher, Raphaël Glucksmann, Claire Nouvian y otras personalidades francesas crearon un partido político llamado *Place Publique* - PP; sin embargo, en 2019, después de que el PP se uniera a la campaña del Partido Socialista Francés - PS, Porcher anunció su salida del PP, declarándose decepcionado y diciendo que no quería ser un garante de izquierdas del PS, ni quería que el PP fuera un nuevo envoltorio para un producto caduco

También participó en varias comisiones de transición energética del Ministerio francés de Ecología, con estudios incluidos en informes del Gobierno francés y de la Asamblea Nacional. Frecuentador de los medios de comunicación, fue clasificado entre los 50 economistas más seguidos del mundo en 2018, entre las 50 personalidades del año en Francia en 2019 y entre los 50 economistas más influyentes del mundo en 2020²⁰.

A pesar de su perfil antiliberal y su incredulidad en los méritos de los mecanismos de mercado que benefician a la sociedad, Thomas ha recibido una gran exposición mediática debido a las frecuentes invitaciones para promocionar su libro y exponer sus **herejías**, y se le considera brillante en su misión de deconstruir los discursos dominantes que pretenden mantener a los ciudadanos en una economía cada vez más liberal, en la que la bolsa ya no financia a la empresa, sino que la empresa financia a la bolsa.²¹

Tal exposición, sin embargo, ha generado los más diversos ataques por parte de los periodistas de los grandes medios de comunicación: “científico de la televenta”, “capaz de cualquier cosa con tal de alcanzar el éxito”, “charlatán”, “pseudoeconomista”. Porcher, por su parte, además de responder a algunos ataques y a las *fakenews*, dice que le molesta no estar

encerrado en una esquina y que la lucha debe darse en todas partes, incluidas las redes sociales y los debates.²²

En una reciente aparición en el canal de YouTube “*Le Media*”, con cerca de 150.000 visitas en una semana, Thomas afirma que el discurso del presidente francés Emmanuel Macron y del diario *Le Figaro* es deshonesto, porque la deuda pública de Francia debe analizarse de forma técnica, comparándola con la de otros países, y no de forma política con el objetivo de quebrar los servicios públicos.²³

EL DILEMA DEL GASTO PÚBLICO: INTERSECCIONES DE LAS VISIONES DE NELSON Y PORCHER

La Privatización Del Estado Y La Caída De La Capacidad De Inversión

Santos,⁵ en su texto publicado en la revista *Saúde em Debate*, número 27, discute la visión del gobierno de dar prioridad a las políticas dirigidas a la privatización de la salud con el discurso de que existe un déficit presupuestario.

Refiriéndose a la década de 1970 en Brasil, cita el **milagro** económico y el aumento de la dependencia externa debido al aumento de las importaciones y la financiación, agravado en la década de 1980 por la fuga de capitales - la transferencia de activos al extranjero - y los casos de uso indebido del sistema de importación por parte de los bancos. Además, la deuda pública interna asociada a bancos privados y agencias financieras con altos tipos de interés promovidos por el Banco Central para satisfacer las demandas de la élite brasileña.^{5,24}

En la década de 1990, se produjo una intensificación de la concentración de la renta en el mundo, una caída del mercado de consumo, una huida de la inversión productiva y una gran circulación de dinero en el sector privado, con una restricción de la atención del Estado a las clases pobres y medias y recortes por parte del gobierno brasileño en los recursos sociales.⁵

En este sentido, Thomas Porcher profundiza la discusión al destacar la falsa evidencia de que el gasto público significa sacar dinero del Producto Interno Bruto (PIB) y que su reducción es positiva para la sociedad. Para Thomas, hay que comparar las magnitudes, es decir, decir que un país gasta, por ejemplo, el 55% de su PIB en el sector público no significa que sólo el resto (45%) vaya al sector privado. Según el economista Christophe Ramaux²⁰, si se utilizara el mismo método de cálculo, el gasto privado superaría el 200% del PIB. Por otra parte, incluso cuando el gasto público se considera elevado, como en Francia, la toma de decisiones está determinada

socialmente, financiada por la comunidad, lo que da lugar a una de las tasas de pobreza más bajas del mundo entre los pensionistas²⁰.

En Brasil, sin embargo, ocurre lo contrario. Santos⁵ describe la transferencia de capital público al capital privado: Subvenciones al crédito y a las materias primas -principalmente al sector agrícola-, y gastos estimados en el 3% del PIB anual; incentivos y exenciones fiscales; venta de productos de empresas estatales por debajo del valor de mercado estipulado, como los combustibles por parte de Petrobrás; privatización de procedimientos y decisiones de instituciones públicas; absorción de empresas privadas a través de bancos públicos; mayores tasas de beneficios del sector empresarial en el mundo.

Para Porcher,²⁰ cuando la función estatal es sustituida por el sector privado, puede haber un alivio en la carga fiscal, pero una parte de la población quedará excluida del disfrute del servicio, y la privatización de los servicios públicos puede producir una fijación de precios que no será reembolsable, lo que llevará a un aumento de la desigualdad - como en el modelo adoptado por los Estados Unidos de América.

Además, en el escenario brasileño se ha producido una caída vertiginosa de la inversión estatal debido al pago de la deuda interna y externa y a la desmodernización de las empresas estatales por diversos motivos: falta de actualización de precios y tarifas; elevados tipos de interés fijados por el Banco Central⁵.

A principios del siglo XXI, este declive vertical aún persiste, especialmente con el auge del neoliberalismo, y vivimos una situación de salud social en la que se produce un desmantelamiento del Estado brasileño que lleva a una desmodernización de las empresas estatales y, con ello, a una falta de responsabilidad del gobierno federal por sus atribuciones.²⁵

En este sentido, la inflación es el principal instrumento/argumento utilizado por la clase dominante y la clase privilegiada, que se apropian de la renta, ya que la renta nacional se compone de: beneficios, intereses, especulación inmobiliaria, intereses, gasto público, entre otros. Además, la presión de la inflación recae sobre aquellos que utilizan la moneda nacional, es decir, la clase de los asalariados, pequeños empresarios y trabajadores autónomos, porque gran parte de la élite brasileña tiene sus ingresos bancarizados en el exterior (fuga de capitales), y una de las principales razones de la permanencia de la inflación es la política gubernamental que adopta el gasto público y los salarios como únicos componentes de la renta⁵.

La deuda pública, por tanto, supondría una carga para las generaciones futuras que sentirían el aumento del tipo de interés que dificulta el endeudamiento, es decir, un estancamiento de la rotación del dinero circulante; sin embargo, Porcher²⁰ afirma que no existe relación entre el importe del gasto público y el importe de la deuda pública, sugiriendo un aumento del gasto público para reducir la deuda pública y un consiguiente aumento del PIB, es decir, de la rotación del dinero circulante a nivel interno.

Por último, existen diversos intentos por parte de la clase dominante de reducir el gasto público con el objetivo de atacar la esfera del Estado para privatizar servicios y obtener beneficios²⁰, en los que el gran perdedor es el ciudadano que queda excluido socialmente al no tener garantizado el derecho a la salud por parte del Estado.

Un Contexto De Marginación De Los Programas Sociales Y La Realidad Paternalista Del Estado

Las propuestas de salud como derecho en Brasil tienen su desarrollo histórico a partir de los movimientos de redemocratización del país, especialmente la reforma sanitaria, que incluyó un proyecto a favor de los intereses colectivos como respuesta a la crisis sanitaria durante el período de la dictadura militar brasileña, más concretamente como un movimiento por el derecho a la salud o incluso una revolución en la forma de vida.²⁶

Siguiendo con el tema de la reforma sanitaria, Paim²⁵ esboza tres modalidades en función de la correlación de fuerzas en el contexto de la transición democrática: revolucionaria, pactada y por colapso. El formato y el contenido de la reforma, a su vez, estarían relacionados con características **invariables** como el control social del sistema de salud, la creación de instrumentos democráticos de gestión y la construcción de alianzas políticas por el derecho a la salud. El uso de estas proposiciones permitió construir la propuesta de reforma de la salud que se incluyó en la Constitución Federal de 1988, reconociendo la salud como un derecho fundamental y un deber del Estado brasileño, vinculando su consecución a políticas sociales y económicas de reducción del riesgo de enfermedad y de acceso a acciones de recuperación, promoción y protección.

A pesar de los avances logrados con la promulgación de la carta constitucional en el ámbito de la definición de los derechos sociales, como la salud, éstos no garantizaron la efectividad de los derechos y deberes constituidos.²⁶

Santos⁵ trae al debate el escenario del desarrollo de las fuerzas productivas de Brasil en las décadas de 1980 y 1990, cuando el país se convirtió en el octavo mayor PIB del mundo, a pesar del significativo contraste con el tamaño de la deuda social acumulada, con sólo el 40% de la población constituyendo el mercado consumidor de una sociedad industrial, dejando al resto de la población rezagada en el contexto socioeconómico del Estado.

Este escenario se deriva de un proyecto bien establecido de acumulación de capital en las actividades económicas del Tesoro, lo que significó que la masa salarial del propio país se situara en sólo el 38% de la renta nacional en 1988, con un déficit habitacional de al menos 11 millones de viviendas, así como un alto índice de analfabetismo y pobreza absoluta. En consecuencia, la misma doctrina de que el desarrollo social sólo se produce a través del desarrollo económico ha permitido la creciente marginación de las actividades sociales, papel que se intensificó y consolidó durante los años de la dictadura militar, y que persiste en el contexto neoliberal que aún hoy vivimos.

Porcher^{19,20} afirma que los economistas de todo el mundo tienden a considerar la reducción del gasto público como el objetivo a perseguir, por considerarlo ineficaz desde el punto de vista económico, poniendo en riesgo a las generaciones futuras en el contexto de una deuda fiscal impagable. En este contexto, para Santos⁵ la cristalización de un discurso en el que las políticas públicas en el área social deben ejercerse en una baja oferta de servicios para una pequeña porción de la población confiere a los ejes sociales - como salud, previsión y asistencia social - un ejercicio meramente paternalista por parte del Estado, característica históricamente impuesta por las clases dominantes.

La intensa dependencia del Estado brasileño de intereses externos y de grupos dominantes internos tiene sus raíces en el proceso fundacional del Brasil colonial, marcado por la centralización absoluta del poder estatal en el gobierno federal, con centralización del proceso decisorio; por la identificación del Estado central como principal impulsor de las políticas públicas y promotor del desarrollo de las fuerzas productivas; y por la formulación de castas sociales con una relación basada en el parasitismo de los servicios públicos por parte del Estado, que asume el papel de inversor en las actividades del detrimento y traspasa las ganancias.⁵

En la misma línea, Porcher^{19,20} analiza cómo el formato del gasto público determina la forma en que una sociedad pretende confiar al servicio público bienes y servicios que reviertan en la sociedad, como la calidad de la protección social y la reducción de las desigualdades. Para el

autor, la mera comparación de economías divergentes mediante indicadores como la cuantía del gasto público en relación con el PIB no bastaría para indicar un mayor endeudamiento público y, en consecuencia, limitar la inversión del sector público.

Para ambos autores, reducir el gasto público en servicios sociales sólo sirve para mantener viejas políticas públicas antisociales. Es más, reducir servicios como el pago de la seguridad social o la inversión en educación y sanidad dice mucho del lugar que ocupa el ser humano en su sociedad. En general, el efecto de la reducción del gasto público repercute directamente sobre las clases medias y los pobres, ya que, en ausencia de estos servicios, son ellos los que no tienen ninguna otra posibilidad de protección social.^{5,18}

En cuanto al modelo de consumo sanitario, Santos⁵ ejemplifica la caracterización histórica de un Estado segmentado en **subsistemas** según el estrato social al que sirve: la población económicamente pasiva; los trabajadores rurales en relaciones recientes de producción; los trabajadores urbanos de menor y mayor calificación; los pequeños propietarios urbanos; los medianos propietarios urbanos; y los grandes propietarios y promotores. La población económicamente pasiva y los trabajadores rurales son atendidos por instituciones públicas con presupuestos muy bajos, con actividades ambulatorias y prácticas en centros sindicales y residencias de ancianos. En el caso de los trabajadores urbanos y de los pequeños y medianos propietarios, se añade a la oferta el Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Seguridad Social (INAMPS) como financiador de servicios médicos hospitalarios, principalmente a través de la red privada de salud, o consumo de práctica liberal en sus diversas formas de presentación. Siguiendo el estrato hasta los grandes propietarios, se observa la intensificación de la **cobertura acumulada** con el consumo de servicios diagnósticos y terapéuticos de medio y alto coste. El clasismo del sistema en la prestación de servicios revela en este contexto el fracaso de la sociedad y del Estado en el reconocimiento de derechos fundamentales como el acceso a la salud y sus generadores.

Sin embargo, no es un anacronismo histórico reflejar que las críticas destacadas por Santos⁵ sobre la marginación de los programas sociales en el Estado brasileño siguen vigentes hoy en día. La definición de un **SUS operativo**²⁷ dialoga con el concepto de **universidad operativa** de Chauí,²⁸ que trata de un extracto de políticas ultraliberales basadas en el ajuste fiscal permanente y en la propagación de contrarreformas de los derechos sociales en el contexto de la crisis del capitalismo. En este contexto, los servicios de educación, salud y demás derechos sociales están anclados en el Estado criticado por Santos,⁵ donde persiste hasta hoy el supuesto

ideológico básico del mercado como eje central de la modernización y racionalización de las actividades estatales.

SOLUCIONES PARA LA CONVIVENCIA EN SOCIEDAD Y EL PAPEL DEL ESTADO

La existencia del SUS se inició en un contexto social durante el período de la dictadura militar, a mediados de la década de 1970, cuando se produjo un éxodo poblacional, concentrándose la población de bajos ingresos en la periferia de las grandes y medianas ciudades, lo que intensificó la concentración de la renta y la desigualdad social, con un aumento de la tensión social.⁵

La respuesta del Estado fue ampliar la oferta de servicios sanitarios y de salud para esta población, aunque con recursos limitados. Al mismo tiempo, los centros universitarios iniciaron un movimiento para estudiar y promover políticas que garantizaran la salud pública de forma más eficaz. Así, a mediados de la década de 1980, varios municipios ya contaban con Unidades Básicas en su territorio, anticipando lo que se concretaría en 1988 a través de la Constitución⁵.

En 1990, se promulgaron las leyes N° 8.080²⁹ y N° 8.142³⁰, inspiradas en el sistema europeo de salud pública, después de diversos estudios promovidos por centros de enseñanza académica y debates de especialistas en el tema, que demostraron los resultados efectivos de la ampliación de la red pública de atención, con una mejora en los casos de diversas enfermedades. El SUS fue entonces garantizado por ley, aumentando drásticamente la atención a la salud de un sector más amplio de la población, al mismo tiempo que se realizaban ajustes en la recaudación de impuestos con el fin de recaudar fondos para garantizar este derecho⁵.

Desde entonces, los incuestionables avances del SUS en favor de las necesidades y los derechos de la población constituyen un nivel incuestionable de conquistas, conocimientos y prácticas. En el ámbito de la atención primaria (AP), se ha incrementado la integración de acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, apoyadas en diagnósticos epidemiológicos y sociales, capacitación profesional y procesos de trabajo en equipo, demostrando en la práctica que la resolutivez puede alcanzar el 80% de las necesidades de salud.⁵

La excelencia del SUS, por lo tanto, comprobada a lo largo de los últimos 30 años de servicio, tiene varios obstáculos para aumentar su eficacia, como el gasto insuficiente en el sector de la salud pública, que asciende a apenas el 3,9% del PIB nacional, muy por debajo del 8,0% recomendado por diversos sistemas de salud pública del mundo. De estos recursos, ya de por sí

escasos, una parte se canaliza hacia otras áreas, así como el “carpetazo” a diversas propuestas encaminadas a aumentar la proporción de ingresos destinados a la sanidad pública⁵.

Existe una clara priorización de la sanidad privada, fomentada por diversos mecanismos, en detrimento de la sanidad pública, dado que el Estado no asigna recursos suficientes para cumplir eficazmente las funciones del SUS. Además, el gobierno no tiene representantes para promover debates y políticas públicas que pongan en la agenda la asignación de recursos para optimizar el servicio prestado por el SUS a la población⁵.

Sobre este punto, Porcher¹⁸ argumenta que para cualquier economista actual existe la creencia de que los países que han reducido el gasto público han tenido excelentes resultados con bajas tasas de desempleo, dado que un alto gasto público significa ineficiencia desde el punto de vista económico y pone en riesgo la seguridad financiera de las generaciones futuras al generar una deuda pública imposible de pagar; por otro lado, no se recuerda que este mismo gasto está estrechamente relacionado con sectores como la educación, la seguridad y la salud, lo que implica una garantía de vida digna y segura para los ciudadanos.

El gasto público se trata entonces como una cantidad de inversión que debe reducirse a toda costa, en favor de los indicadores económicos, y no como algo esencial para la seguridad social de una sociedad, que se utiliza estratégicamente para maximizar la utilidad de los servicios públicos. Reducir este gasto se traduce en un sucinto ataque a las clases pobres y medias que no disponen de la amplitud de recursos necesaria para adquirir servicios de calidad en el sector privado.²⁰

Como reflejo de la confianza de la sociedad en el Estado, el gasto público es esencial para garantizar los derechos de los ciudadanos en un país donde la eficacia de los servicios públicos, por muy criticada que sea, se ofrece a todos y promueve un entorno sano para el Estado democrático de derecho.²⁰

Por otro lado, la cuestión de la deuda pública se utiliza para justificar las reducciones del presupuesto nacional, con el argumento de que los países deberían ofrecer una mayor protección a los ciudadanos, pero no tienen los medios. Por otro lado, se entiende que los perjuicios y agravios causados por las situaciones de endeudamiento no se sienten actualmente con la intensidad que se sentirán en el futuro. Sin embargo, no existe una correlación directa entre el importe de la deuda pública y el importe del gasto público, lo que rompe el paradigma de que la deuda pública y la inversión pública están estrechamente vinculadas. De esta forma, el Estado debe adoptar un papel

de políticas fiscales expansivas para garantizar los derechos de la población, utilizando los recursos de forma eficiente y eficaz para asegurar el buen funcionamiento del aparato público.²⁰

Por lo tanto, en un escenario poco propicio para el crecimiento del sistema público de salud, son necesarias reformas que se centren en la construcción de un aparato público favorable al SUS, que gobierne principalmente en función de los intereses públicos y regule el sector privado, de modo que la existencia de estos dos sectores sea armónica, complementaria y que los derechos de los ciudadanos sean el centro de la economía.^{5,20}

NEOLIBERALISMO

El “Dilema Estadista II” de Nelson Rodrigues⁵ también ofrece una importante reflexión sobre la legitimidad del espacio de las políticas públicas que involucran el área de la salud y los impactos de los reajustes en la relación sociedad-Estado.

Según Santos⁵, el pensamiento político y económico del liberalismo prevé un Estado mínimo, que reprime cualquier intervención estatal, en el que las leyes del mercado priman sobre las leyes morales y la democracia. Este conjunto de pensamientos condujo a la gran depresión de los años 30 y, a partir de los años 80, el continente latinoamericano fue escenario del llamado **neoliberalismo**, considerado una indudable **farsa ideológica**. Los signos de esta **farsa** serían: la creación de subsidios para alcanzar recursos aún ligados al Estado; un formato moderno y sutil para facilitar las transferencias de renta; el debilitamiento y desmoralización del Estado subdesarrollado; y la intención de influir en los movimientos democráticos socialistas.

En esta línea, Santos⁵ concluye que: a) los países centrales se fortalecen con la desregulación de sectores y las privatizaciones; b) los países subdesarrollados necesitan modernizar sus industrias para competir internacionalmente; c) la falta de eficiencia del Estado facilita el escenario para el sector privado. En otras palabras, quienes defienden la reducción del gasto público quieren atacar la esfera del Estado del bienestar para privatizarlo y cosechar sus propios beneficios.²⁰

En relación con la sanidad, Santos⁵ destaca en su texto los flujos de financiación pública en los años anteriores a la publicación de su obra, especialmente la dinámica relativa a los hospitales universitarios, donde los desarrollos e inversiones fueron generados por el sector privado, a pesar de los recursos procedentes de los poderes públicos. Para los servicios sanitarios de alto coste, como trasplantes, tomografías computarizadas, injertos de vena safena, marcapasos,

cateterismo cardíaco y quimioterapia, entre otros, el convenio Instituto Nacional de Medicina de la Seguridad Social/Sistema Único Descentralizado de Salud - INAMPS/SUDS preveía listas de precios compensatorios, con índices de rendimiento hospitalario hasta un 230% superiores a los gastos normales. Estos servicios, altamente modernizados, utilizan más del 30% de la financiación total y, a pesar de sus ventajas, por ser financiados con fondos públicos, deben estar disponibles para toda la población, incluso para la de menores ingresos.

Según Santos⁵, mientras estos servicios no sufren los impactos de la inflación, la reducción de las transferencias federales y los retrasos en los pagos durante meses, la Atención Primaria de Salud (APS) sufre una reducción brutal de su financiación.

Por lo tanto, son evidentes las graves consecuencias de esta política, como la presión del propio sistema público sobre la población trabajadora para que pague de su bolsillo la atención de salud, la utilización de la mayor parte de los recursos públicos para pagar servicios de mayor complejidad - paradójicamente encabezados por instituciones del sistema privado, que permanecen en posiciones favorables de lucro.⁵

Siguiendo en esta línea, Porcher¹⁸ hace una provocación similar sobre la sustitución de servicios públicos por privados -el usuario se convierte en cliente- y se pregunta cómo puede uno sorprenderse cuando sectores enteros de la población, antes no rentables, son abandonados a su suerte.

Por último, en opinión de Santos,⁵ los grupos vinculados a los servicios de alto coste colaboran para mantener el dominio de los servicios de más alto nivel, centrándose sólo en los trabajadores más cualificados y abandonando al resto de la población: la farsa liberal.

CONSIDERACIONES FINALES

El texto de Nelson, publicado en 1990 (período posterior a la Constitución Federal), discute el escenario político, económico y social de Brasil en las décadas de 1970 y 1980, abordando los mecanismos de las clases dominantes para concentrar aún más el ingreso y crear las condiciones para mantener sus propios privilegios. Porcher, en un libro publicado unos 30 años después en el contexto europeo, argumenta que incluso la reducción del gasto público tiene como objetivo privatizar servicios y generar más beneficios para la élite, excluyendo socialmente al ciudadano.

Las repercusiones de estos mecanismos abarcan los más diversos aspectos, bajo la justificación de que el gasto público aumenta la deuda del país e impacta en las generaciones

futuras, en un discurso aliado a los subsidios al sector privado y a la drástica reducción de los recursos socialmente destinados - educación, salud, seguridad social y asistencia social - mostrando un intento de desmantelamiento de los servicios estatales, que ahora sólo tienen una función clientelar para las clases pobres y medias.

En la salud, específicamente, existe un panorama segmentado por **subsistemas** que alimentan el clasicismo de la prestación de servicios y dificultan la percepción de derechos fundamentales por parte de la sociedad, reforzando aún más la desigualdad y la tensión social. Además, la concentración de los recursos sanitarios en procedimientos de alta complejidad, comprados directamente al sector privado, debilita las acciones de una atención primaria inclusiva.

Nelson y Porcher, sin embargo, opinan lo contrario, advirtiendo que no existe relación entre el monto de la deuda pública y el gasto público, y que éste debe ser definido socialmente según su esencialidad en la estrategia de maximizar la utilidad de los servicios estatales y garantizar los derechos de la población, dado que son financiados colectivamente.

Por lo tanto, el formato del gasto público determina lo que la sociedad puede esperar del Estado en términos de calidad de la protección social, reducción de las desigualdades y garantía de una vida digna y segura para sus ciudadanos.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Todos los autores han contribuido por igual a la elaboración del texto.

REFERENCIAS

1. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Nelson Rodrigues dos Santos e o movimento da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Abrasco; 19 maio 2017 [citado 4 jul. 2022]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/movimentos-sociais/nelson-rodrigues-dos-santos-e-o-movimento-da-reforma-sanitaria-brasileiro/28828/>
2. Campos GWS. SUS: o que e como fazer? Cien Saude Cotet. 2018;23(6):1707-14. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018>.
3. Banco Mundial. Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Brasília, DF: BM; 2017 [citado 5 jul. 2022]. Disponível em: <https://www.worldbank.org/pt/country/brazil/publication/brazil-expenditure-review-report>
4. Goodair B, Reeves A. Outsourcing health-care services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013-20: an observational study of NHS

- privatisation. *Lancet Public Health*. 2022;7(7):e638-e646. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00133-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00133-5).
5. Santos NR. O dilema estatista II: como é forjado o espaço das políticas públicas com exemplos da saúde. *Saude Debate*. 1990;(28):5-15.
 6. Rizzotto MLF. A reafirmação da democracia e do direito universal à saúde em tempos de ultraneoliberalismo. *Cien Saude Colet*. 2018;23(6):1717-8. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05682018>.
 7. Ocké-Reis CO. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. *Cien Saude Cotet*. 2018;23(6):20-35. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05992018>.
 8. Porcher T. Tratado de economia herética: para poner final discurso dominante. Cidade do México: Fondo de Cultura Económica; 2021. Capítulo 5, Gasto público: por que tanto ódio?; p. 70-81.
 9. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Currículo Lattes [de] Nelson Rodrigues dos Santos. [Brasília, DF]: CNPq; 2009 [citado 29 jun. 2022]. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/6067649169260404>
 10. Nelson Rodrigues dos Santos [entrevista]. *Trab Educ Saude*. 2008;6(3):645-58. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300015>.
 11. Instituto de Direito Sanitário Aplicado. Sobre o IDISA. Campinas: [2022] [citado 29 jun. 2023]. Disponível em: <http://idisa.org.br/quem-somos>.
 12. Santos NR. Eleições de 2018: desafios desde já: conjecturas. Rio de Janeiro: Cebes; 2018 [citado 6 jul. 2022]. Disponível em: <https://cebes.org.br/eleicoes-de-2018-desafios-desde-ja-conjecturas/19604/>
 13. Santos NR. A ‘conjuntura pandêmica’ e o SUS: subsídio ao resgate e atualização do SUS constitucional. Rio de Janeiro: CEE; 4 out. 2021 [citado 6 jul. 2022]. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/1444>
 14. Leite G. O longo amanhecer do SUS: e o do Brasil. *Outra Saúde*. 3 maio 2022 [citado 6 jul. 2022]. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/o-longo-amanhecer-do-sus-e-o-do-brasil/>
 15. Porcher T. Recettes pétrolières et financement de la lutte contre la pauvreté: le cas de la République du Congo. Paris: Editions Universitaires Europeennes; 2010.
 16. Blin S. Thomas Porcher, ceinture rouge: débatteur télé très visible, l’économiste “hétérodoxe”, ancien champion de karaté, combat la doxa néolibérale. *Libération*. 4 nov. 2018 [citado 29 jun. 2022]. Disponível em: https://www.liberation.fr/france/2018/11/04/thomas-porcher-ceinture-rouge_1689843/
 17. Les Économistes Atterrés. Qui sommes-nous?. [local desconhecido]: Atterrés; c2022 [citado 29 jun. 2022]. Disponível em: <https://www.atterres.org/qui-sommes-nous/>

18. Boroumand RHJ, Goutte S, Porcher S, Porcher T. Hedging strategies in energy markets: the case of electricity retailers. *Energy Econ.* 2015;51:503-9. <https://doi.org/10.1016/j.eneco.2015.06.021>.
19. Magal M. Européennes: Thomas Porcher quitte Place publique en dénonçant une "trahison". *Le Figaro*. 18 Mar 2019 [citado 4 jul. 2022]. Disponível em: <https://www.lefigaro.fr/politique/le-scan/2019/03/18/25001-20190318ARTFIG00109-europeennes-thomas-porcher-quitte-place-publique-en-denoncant-une-trahison.php>
20. Pimentel M. Thomas Porcher, l'économiste anti-Macron qui a quand même voté Macron. *Causeur*. 5 avr 2018 [citado 4 jul. 2023]. Disponível em: <https://www.causeur.fr/thomas-porcher-macron-traite-heretique-150371>
21. Gramaglia J. Arrêt Sur Images. Un portrait de Thomas Porcher dans *Le Monde* déchaine les chiens garde. *Arrêt Sur Images*. 12 août 2018 [citado 4 jul. 2022]. Disponível em: <https://www.arretsurimages.net/articles/un-portrait-de-thomas-porcher-dans-le-monde-dechaine-les-chiens-de-garde>
22. "Ils sont malhonnêtes!" Thomas Porcher débunke les discours de Macron et du Figaro. *Le Média [YouTube]*. 28 jun. 2022 [citado 4 jul. 2022]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=eEgpJRKoOMA>
23. Baer M. *O rumo perdido: a crise fiscal e financeira do estado brasileiro*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1994.
24. Soares LT. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. *Rev Bras Enferm* 2000;53(spe):17-24. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672000000700003>.
25. Paim JS. A reforma sanitária brasileira e o sistema único de saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis*. 2008;18(4):625-44. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400003>.
26. L'Abbate S. *Direito à saúde: discursos e práticas na construção do SUS*. São Paulo: Hucitec; 2010.
27. Mendes A, Melo MA, Carnut L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cad Saude Publica*. 2022;38(2):e00164621. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00164621>
28. Chauí M. *A universidade operacional*. *Avaliação*;1999;4(3):3-8.
29. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Set [citado 27 nov. 2023]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
30. Brasil. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Set [citado 27 nov. 2023]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm