

**XII ENCONTRO INTERNACIONAL DO  
CONPEDI BUENOS AIRES –  
ARGENTINA**

**DIREITOS SOCIAIS, POLÍTICAS PÚBLICAS E  
SEGURIDADE II**

**FREDERICO THALES DE ARAÚJO MARTOS**

**YURI NATHAN DA COSTA LANNES**

**JOSÉ SÉRGIO SARAIVA**

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte deste anal poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

**Diretoria - CONPEDI**

**Presidente** - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

**Diretora Executiva** - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - UNIVEM/FMU - São Paulo

**Vice-presidente Norte** - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa - Pará

**Vice-presidente Centro-Oeste** - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG - Goiás

**Vice-presidente Sul** - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos - Rio Grande do Sul

**Vice-presidente Sudeste** - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio - Rio de Janeiro

**Vice-presidente Nordeste** - Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará

**Representante Discente:** Prof. Dra. Sinara Lacerda Andrade - UNIMAR/FEPODI - São Paulo

**Conselho Fiscal:**

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - ESDHC - Minas Gerais

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM - Rio de Janeiro

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - Ceará

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UNIMAR - São Paulo

**Secretarias**

**Relações Institucionais:**

Prof. Dra. Daniela Marques De Moraes - UNB - Distrito Federal

Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - UNIVEM - São Paulo

Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie - São Paulo

**Comunicação:**

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB - Paraíba

Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro - UNOESC - Santa Catarina

**Relações Internacionais para o Continente Americano:**

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão

**Relações Internacionais para os demais Continentes:**

Prof. Dr. José Barroso Filho - ENAJUM

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - São Paulo

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba - Paraná

**Eventos:**

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec - Minas Gerais

Profa. Dra. Cinthia Obladen de Almendra Freitas - PUC - Paraná

Profa. Dra. Livia Gaigner Bosio Campello - UFMS - Mato Grosso do Sul

**Membro Nato** - Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UMICAP - Pernambuco

D597

Direitos Sociais, Políticas públicas e Seguridade II [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Frederico Thales de Araújo Martos; José Sérgio Saraiva; Yuri Nathan da Costa Lannes. – Florianópolis: CONPEDI, 2023.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5648-816-5

Modo de acesso: [www.conpedi.org.br](http://www.conpedi.org.br) em publicações

Tema: Derecho, Democracia, Desarrollo y Integración

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Direitos Sociais. 3. Políticas públicas e seguridade. XII Encontro Internacional do CONPEDI Buenos Aires – Argentina (2: 2023 : Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



# **XII ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI BUENOS AIRES – ARGENTINA**

## **DIREITOS SOCIAIS, POLÍTICAS PÚBLICAS E SEGURIDADE II**

---

### **Apresentação**

O XII ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI BUENOS AIRES – ARGENTINA, realizado na Faculdade de Direito da Universidade de Buenos Aires (UBA), em parceria com a Universidade Federal de Goiás, entre os dias 12 e 14 de outubro de 2023, apresentou como temática central “Derecho, democracia, desarrollo y integración”. Esta questão suscitou intensos debates desde o início e, no decorrer do evento, com a apresentação dos trabalhos previamente selecionados, fóruns e painéis que presencialmente ocorreram.

Os trabalhos contidos nesta publicação foram apresentados como artigos no Grupo de Trabalho “DIREITOS SOCIAIS, POLÍTICAS PÚBLICAS E SEGURIDADE II”, realizado no dia 14 de outubro de 2023, que passaram previamente por no mínimo dupla avaliação cega por pares. Encontram-se os resultados de pesquisas desenvolvidas em diversos Programas de Pós-Graduação em Direito, que retratam parcela relevante dos estudos que têm sido produzidos na temática central do Grupo de Trabalho.

As temáticas abordadas decorrem de intensas e numerosas discussões que acontecem pelo Brasil e Argentina, com temas que reforçam a diversidade cultural e as preocupações que abrangem problemas relevantes e interessantes, a exemplo do sistema de saúde brasileiro e argentino, dos direitos sociais, e políticas públicas para garantia de direitos fundamentais de cidadania, diversidade e dignidade da pessoa humana.

Espera-se, então, que o leitor possa vivenciar parcela destas discussões por meio da leitura dos textos. Agradecemos a todos os pesquisadores, colaboradores e pessoas envolvidas nos debates e organização do evento pela inestimável contribuição e desejamos a todas e todos uma proveitosa leitura!

José Sérgio Saraiva - Faculdade de Direito de Franca - FDF

Frederico Thales de Araújo Martos - Faculdade de Direito de Franca - FDF

Yuri Nathan da Costa Lannes - Faculdade de Direito de Franca - FDF

**UMA ANÁLISE JURÍDICO-COMPARATIVA DOS SISTEMAS DE SAÚDE  
BRASILEIRO E ARGENTINO: DIVERGÊNCIAS E CONVERGÊNCIAS**  
**UN ANÁLISIS JURÍDICO Y COMPARADO DE LOS SISTEMAS DE SALUD  
BRASILEÑO Y ARGENTINO: DIVERGENCIAS Y CONVERGENCIAS**

**Andressa Fracaro Cavalheiro  
Sandra Regina Martini**

**Resumo**

O presente estudo é o resultado de uma estância investigativa na Argentina, cujo foco foi fazer uma análise jurídico-comparativa entre os sistemas de saúde do Brasil e da Argentina, tendo em serem fronteiriços, fazerem parte do Mercado Comum do Sul – Mercosul, além de serem, cada um com suas peculiaridades, referências na América Latina no que tange à saúde. Tal análise inicia-se estabelecendo um paralelo entre a proteção recebida, pela população, em ambos os países, no que respeita ao direito à saúde, partindo do texto constitucional de cada um deles. No caso brasileiro, inicia com o movimento de reforma sanitária que, ao final, lançou as bases do sistema único de saúde – SUS no país. No caso argentino, explicita a singularidade constitucional e seu arcabouço legal, constituído pelo chamado Digesto Jurídico Argentino. Usa o método de abordagem dedutiva, procedendo-se por meio analítico através da técnica de pesquisa indireta. Conclui-se que embora ambos os países disponibilizem, às suas respectivas populações, acesso à ações e serviços de saúde, somente o Brasil reconhece, de maneira expressa, a saúde como um direito, o que significa, na prática, uma estrutura de ações e serviços de saúde que, juridicamente, funciona para o país inteiro, contando com um sistema de referência e contrareferência que possibilita, por exemplo, que cidadãos de quaisquer de seus estados-membros, desfrutem dos mesmos serviços, o que não ocorre na Argentina, cujo modelo federal e arcabouço jurídico podem, na prática, limitar alguns dos serviços postos à disposição de sua população.

**Palavras-chave:** Direito à saúde, Brasil, Argentina: análise jurídico-comparativa, Federalismo

**Abstract/Resumen/Résumé**

El presente estudio es el resultado de una estancia investigativa en Argentina, cuyo foco fue realizar un análisis jurídico-comparativo entre los sistemas de salud de Brasil y Argentina, considerando que son fronterizos, que son parte del Mercado Común del Sur. - Mercosur, además de ser, cada uno con sus particularidades, referentes en América Latina en materia de salud. Este análisis comienza estableciendo un paralelismo entre la protección que recibe la población en ambos países, en cuanto al derecho a la salud, a partir del texto constitucional de cada uno de ellos. En el caso brasileño, comienza con el movimiento de reforma de salud que, al final, sentó las bases del sistema único de salud – SUS en el país. En el caso

argentino, explica la singularidad constitucional y su marco legal, constituido por el denominado Digesto Jurídico Argentino. Utiliza el método de enfoque deductivo, procediendo por medios analíticos a través de la técnica de investigación indirecta. Se concluye que si bien ambos países facilitan a sus respectivas poblaciones el acceso a acciones y servicios de salud, solo Brasil reconoce expresamente la salud como un derecho, lo que significa, en la práctica, una estructura de acciones y servicios de salud que, jurídicamente, funcionan para todo el país. , con un sistema de referencia y contrarreferencia que permite, por ejemplo, que los ciudadanos de cualquiera de sus estados miembros, disfruten de los mismos servicios, lo que no ocurre en Argentina, cuyo modelo federal y marco legal puede, en la práctica, limitarlos.

**Keywords/Palabras-claves/Mots-clés:** Derecho a la salud, Brasil, Argentina, Análisis jurídico-comparado, Federalismo

## **1 Introdução**

Os pilares fundamentais de integração do Mercado Comum do Sul – Mercosul, processo de integração regional instituído originalmente por Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, e agora contando com Venezuela (suspensa) e Bolívia, são a democracia e o desenvolvimento econômico, a fim de propiciar um espaço comum para geração de oportunidades comerciais e de inversão, por meio da integração competitiva das economias nacionais, ao mercado internacional.

Submetidos a tais princípios, seus membros estabeleceram acordos de cooperação em diversas áreas tais como as relativas à migração, ao trabalho, à cultura etc. cujo resultado revela-se de suma importância para seus habitantes e, mais, significam a incorporação das dimensões da cidadania, de modo a atender novas demandas e aprofundar a participação efetiva da cidadania por diferentes meios.

A partir deste pressuposto, temos que também a dimensão da saúde merece ser destacada, dado ser uma verdadeira ponte para a efetiva cidadania. Em virtude disto, nos propomos a fazer um estudo comparativo entre os diversos sistemas de saúde que compõem o Mercado Comum do Sul, a fim de que este possa servir de base para, quiçá, ampliar e/ou melhorar a saúde de suas populações.

O passo inicial deste estudo é uma análise comparativa dos sistemas legais que formam os sistemas de saúde dos dois maiores países do bloco: Argentina e Brasil, análise esta que constitui o foco deste trabalho, utilizando-se do método de abordagem dedutivo, proceder-se-á à uma análise jurídica das principais regras legais que foram tais sistemas, por meio da técnica de pesquisa indireta, calcada, assim, em pesquisa bibliográfica.

Para dar conta de tal desiderato, dividir-se-á o estudo em basicamente três pontos: as principais normas jurídicas que se relacionam ao direito à saúde no Brasil (ponto 1) e na Argentina (ponto 2), de modo a estabelecer um quadro geral (ponto 3) das convergências e divergências entre eles.

## **2 O Sistema de Saúde Brasileiro: surgimento e normas regulamentadoras**

No Brasil a saúde é reconhecida, constitucionalmente, como um direito social, sendo resultado direto da reforma da política de saúde que existia até a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Até 1988, portanto, havia, no Brasil, três formas de relação da sociedade com os serviços de saúde: trabalhadores contribuintes do sistema e que

podiam ter acesso aos serviços de saúde financiados pelo Estado; os que podiam pagar pelos serviços privados de saúde e os absolutamente excluídos de qualquer serviço de saúde.

Em 1964 instalou-se o regime militar no Brasil o que, em matéria de saúde, resultou na redução das verbas que lhe eram destinadas e que, embora aumentadas na primeira metade da década de 1960, foram decrescendo até o final da ditadura. Não satisfeito com a redução das verbas destinadas à saúde, o regime ditatorial, assevera Bertoli Filho (2006, p. 51), fez com que o Ministério da Saúde se restringisse tão somente à elaboração de projetos e programas, delegando a outras pastas uma parte da execução das tarefas sanitárias o que, claro, não trouxe qualquer melhoria ou benefício aos serviços de saúde.

Neste ambiente, desgastado pela crise generalizada provocada pelo fim do milagre econômico, setores inicialmente minoritários na sociedade, começaram a expressar insatisfação e a reformular críticas ao modelo político e econômico ditatorial, imprimindo, também na área da saúde discussões pela busca de reformas nas políticas de saúde (CARVALHO *et. al.*, 2001, p. 35), dando-se início, assim, ao que se convencionou chamar de Movimento de Reforma Sanitária.

A sociedade da época mobilizou-se e exigiu liberdade, democracia, eleições diretas e, também, melhores condições de vida. Os moradores da periferia dos grandes centros, contando com a assessoria de padres e médicos sanitaristas, criaram os Conselhos Populares de Saúde, encarregados de obter melhor saneamento básico e a criação de hospitais e centros de saúde nas áreas mais carentes.

O descontentamento com as políticas de saúde também atingiu a classe médica que, desgostosa das condições de trabalho que lhe eram impostas, organizou-se na defesa da profissão e dos direitos dos pacientes, do que resultou, no final da década de 1970, o surgimento da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). Na mesma época, a revista Saúde em Debate, editada pelo Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), tinha por objetivo veicular as novas perspectivas de análise da saúde em prol das ideias-base para viabilização da Reforma Sanitária.

Assim, no Brasil, a noção de Reforma Sanitária associa-se, desde o início, à ideia de movimento social, de modo que o movimento sanitário formou-se com um grupo bastante heterogêneo: profissionais, intelectuais e burocratas da área de saúde, ocupantes de cargos nos governos estaduais e municipais e, claro, a população organizada em movimentos como o MOPS – Movimento Popular de Saúde, o dos moradores da Zona Leste de São Paulo, as organizações de sistemas públicos e democráticos de saúde dos municípios de Lages (SC), Ronda Alta (RS), Montes Claros (MG), Londrina (PR) e Niterói (RJ), o Movimento de

Reintegração dos Hansenianos (MORHAN). Os membros do Movimento de Reforma Sanitária mantinham, em grande parte, ligações partidárias de esquerda, vínculos com certas universidades, centros de pesquisa e instituições governamentais, como a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

O fato é que o Movimento Sanitário estimulou as discussões do projeto de reforma da política de saúde não só porque debateu criticamente os problemas do setor, mas também porque ganhou acesso a cargos burocráticos no interior das agências estatais de previdência social e de saúde (COTTA *et. al.*, 1998, pp.18-19). A reforma pretendida pelo Movimento Sanitário consistia na instituição de um sistema regionalizado, unificado e descentralizado de ações e serviços de saúde, contando com a universalização do atendimento e da cobertura, a hierarquização e a integralidade do sistema, que deveria instituir mecanismos participativos de modo a assegurar o controle social da política. Ainda, pretendia-se que a reestruturação do sistema adotasse, como critério para alocação de recursos, os perfis epidemiológico e demográfico dos beneficiários, em nível municipal.

O processo iniciado pelo Movimento Sanitário culminou com a realização, entre 17 e 21 de março de 1986, em Brasília, da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que visava discutir a nova proposta de estrutura e política de saúde para o país, propondo três questões consideradas cruciais: (1) saúde como dever do Estado e direito do cidadão; (2) reformulação do sistema nacional de saúde; e, (3) financiamento setorial.

Como desdobramento imediato da Conferência, criou-se um conjunto de trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária que, sintetizando as ideias fundamentais da Conferência, influenciou, como instrumento político e ideológico, a Nova República.

O momento político de elaboração da Constituinte de 1988 assegurou o espaço democrático para a negociação e a possibilidade de garantir o SUS (Sistema Único de Saúde) na Constituição Federal que, em seus artigos 196, 197 e 198, incorporou as propostas originais da Reforma Sanitária, sintetizados na 8ª Conferência Nacional de Saúde, regulamentando-as por meio das Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

O Sistema Único de Saúde brasileiro encontra-se disciplinado na CRFB/88 no Título VIII – Da Ordem Social, Capítulo Segundo – Da seguridade Social, Seção II – Da Saúde, por meio dos artigos 196 a 200.

A seção é inaugurada com o reconhecimento expresso de que a saúde é direito de todos e dever do Estado e que sua garantia dar-se-á mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, determinando, ainda, que a todos seja



garantido o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços necessários à promoção, à proteção e à recuperação da saúde.

O constituinte brasileiro conferiu aos serviços e às ações de saúde o *status* de publicamente relevantes e determinou a competência do Poder Público em dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. A execução dos serviços e ações de saúde se dá diretamente pelo Estado, ou através de terceiros, pessoas físicas ou jurídicas de direito privado.

No Brasil, as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único mediante as diretrizes da (1) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; (2) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, ainda que sem prejuízo dos serviços assistenciais e, (3) participação da comunidade.

O financiamento do sistema de saúde brasileiro é feito por toda a sociedade, de forma direta e indireta, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Ao SUS são determinadas, dentre outras, as seguintes atribuições: (1) controle e fiscalização de procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participação da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; (2) a execução das ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; (3) a ordenação e a formação de recursos humanos na área de saúde; (4) a participação na formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; (5) o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico; (6) a fiscalização e a inspeção de alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como de bebidas e águas para consumo humano; (7) a participação no controle e na fiscalização da produção, do transporte, da guarda e da utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; e, (8) a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido, o do trabalho.

A mencionada Lei 8.080/90 tem por finalidade regular, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. A lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e também determina as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Feitos tais apontamentos acerca do Sistema de Saúde brasileiro, que, em virtude do limite imposto a este trabalho, é geral, passa-se ao sistema de saúde da Argentina para, ao final, traçar-se alguns pontos convergentes e divergentes entre ambos os sistemas.

### 3 O Sistema de Saúde Argentino

Diferentemente do Brasil, a Argentina tem uma única constituição, originalmente sancionada em 1º de maio de 1853, com o objetivo de constituir a União Nacional, afiançar a justiça e consolidar a paz interna. O texto sofreu alterações nos anos de 1860, 1866, 1898, 1957 e 1994. A última de suas alterações se deu por meio da Lei 24.430, de 24 de agosto.

Em seu conjunto, esta última reforma não alterou os principais conteúdos da Constituição de 1853, mas modificou parte da estrutura institucional argentina e incorporou novos direitos, a partir do reconhecimento da hierarquia constitucional dos tratados internacionais sobre direitos humanos.

No que tange à saúde, a Constituição Argentina não reconhece um direito à saúde explicitamente, o fazendo de forma indireta, quando, nos seus artigos 33 e 75, inciso 22, fala das declarações de direitos humanos e dos tratados internacionais os tratando como leis de hierarquia constitucional.

Genericamente falando, os tratados internacionais são o gênero do que são espécies Convenções, Pactos, Cartas, ou seja, todo tipo de acordo internacional concluído entre Estados soberanos, na forma escrita, regulados pelo direito internacional, constando de um único instrumento ou mais, desde que conexos<sup>1</sup>.

Como os tratados internacionais constituem-se em acordos juridicamente obrigatórios e vinculantes (PIOVESAN, 2003, p. 75), ao tutelar direitos humanos, fazem com que os indivíduos, além dos Estados, passem a ser sujeitos de direitos internacionais.

Como consectário lógico, se a constituição da Argentina determina que as declarações de direitos humanos e os tratados internacionais recebem tratamento idêntico às normas de sua própria constituição, existe, na Argentina o reconhecimento da saúde como direito, público e subjetivo, ou seja, demanda prestações estatais.

Além do mais, mesmo sob o aspecto econômico, o reconhecimento e a proteção dos direitos sociais, como a saúde, são de suma importância, traduzindo-se em importante ferramenta de competitividade internacional, posto serem referenciais que permitem aferir a posição relativa de um país no cenário mundial, e, como há tempos já mencionado por Bucci (2006, p. 4) é indubitável que o IDH (índice de desenvolvimento humano) baixo está associado a reduzida capacidade de competição e inserção na economia mundial.

---

<sup>1</sup> Conforme art. 2º, item 1, alínea *a* da Convenção de Viena sobre o direito dos tratados.

De fato, um único artigo da Constituição Argentina, composta de 129, faz referência à saúde, associando-o ao direito do consumidor:

Artículo 42. Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección y a condiciones de trato equitativo y digno. Las autoridades proveerán a la protección de esos derechos, a la educación para el consumo, a la defensa de la competencia contra toda forma de distorsión de los mercados, al control de los monopolios naturales y legales, al de la calidad y eficiencia de los servicios públicos, y a la constitución de asociaciones de consumidores y de usuarios. La legislación establecerá procedimientos eficaces para la prevención y solución de conflictos, y los marcos regulatorios de los servicios públicos de competencia nacional, previendo la necesaria participación de las asociaciones de consumidores y usuarios y de las provincias interesadas, en los organismos de control.

Embora este artigo tenha, em certa medida, reduzido o direito à saúde a uma relação de consumo, ao incorporar à sua própria Constituição os documentos normativos que integram o que denominam *bloco internacional de direitos humanos*, tais como a Declaração Universal de Direitos Humanos, o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, o Pacto de São José da Costa Rica, entre outros, alça o direito à saúde ao status de direito constitucional, do que se presume tenha uma especial proteção.

Para entender melhor este aspecto, é preciso ter em mente que o sistema legal argentino difere do brasileiro e, neste sentido, Madies e Garay (2015, p. 27), ao abordar a questão sanitária do país, lembram que a concepção de pessoa humana se dá através da política e do direito, desde os Tratados Internacionais de Direitos Humanos até os textos constitucionais, como o da Argentina, de 1994.

Os direitos considerados personalíssimos, sendo uma categoria de direitos subjetivos essenciais, pertencentes a pessoa somente por sua condição humana, incidiram no Novo Código Civil e Comercial da Argentina, a partir de uma concepção humanista, de modo que a pessoa humana está situada no centro da normativa civil, introduzindo, pela primeira vez na codificação civil argentina, a noção de dignidade (MADIES; GARAY, 2015, p. 27).

No que diz respeito à estrutura legislativa argentina, ditou-se, recentemente, o chamado Digesto Jurídico Argentino – DJG, que é, justamente, a consolidação das leis (e decretos-leis e decretos de necessidade e urgência), de alcance geral, do total do ordenamento jurídico nacional.

O atual DJA, aprovado pela Lei 26.939, de 21 de maio de 2014, estabeleceu distintas categorias de leis que regem o ordenamento jurídico argentino, sendo uma destas categorias a denominada Administrativo Saúde Pública – ASA. Mesmo assim, dentro do próprio DJA, o

Ministério da Saúde da Argentina – Ministerio de Salud de la Nación – identificou mais de 150 leis em matéria de saúde.

Para Madies e Garay esta “normativa está promoviendo un empoderamiento de derechos, en especial en materia de salud, mediante un proceso en el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud.”. (MADIES; GARAY, 2015, p. 28).

Portanto, existe, na Argentina, uma legislação sanitária que faz parte da legislação geral do Estado e que, além dos tratados internacionais, associa este direito às relações de consumo, embora o considere como direito subjetivo essencial, decorrente, destarte, da simples condição humana.

De acordo com Madies e Garay (2015, p. 33) a legislação sanitária argentina pode ser catalogada em sete categorias: (1) pessoa humana; (2) saúde pública; (3) bioética; (4) alimentos; (5) medicamentos – drogas – farmácia; (6) equipe de saúde e, (7) setor saúde;

A primeira categoria abarca as necessidades individuais e/ou sociais referentes à saúde, faixas etárias e o pós-morte. Estariam incluídas nesta categoria legislação sobre crianças e adolescentes, jovens, adultos, idosos, homens e mulheres. A categoria de saúde pública, reúne leis que tratam de prevenção, doenças, práticas médicas, pessoas com deficiência, saúde mental, saúde sexual, emergência de saúde, transplantes, práticas médicas, entre outras.

Na categoria bioética, enquadram-se, por exemplo, as leis sobre clonagem, anticoncepção, consentimento informado, cuidados paliativos, direito dos pacientes, diretivas antecipadas de vontade (testamento vital), técnicas de reprodução artificial (inseminação artificial e fertilização *in vitro*), genética, genoma humano, saúde reprodutiva etc. Na categoria alimentar, incluem-se leis que tratem da segurança, qualidade e inocuidade dos alimentos, e inclui normas básicas e sistematizadas relativas a bebidas, condimentos, estimulantes, aditivos alimentares etc.

Na categoria 5 tem-se legislação aplicável à elaboração de fármacos, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, especialidades médicas, comercialização, laboratórios, drogas, aqui entendida como qualquer substância que elimine a dor, tranquilize, excite ou aumente ou diminua o estado consciente e cujo consumo reiterado possa criar dependência e atividade farmacêutica em geral.

Na penúltima categoria, tem-se a regulação sobre recursos humanos em saúde, ou seja, aqueles que se encarregam da saúde da pessoa humana e que compõe as equipes de saúde, dividindo-se em profissionais, técnicos e auxiliares. Por fim, na categoria setor saúde, as normas aplicáveis ao setor público e privado que prestam serviços de saúde.

Neste sentido é importante esclarecer que, na Argentina, tal qual no Brasil, tanto o setor público quanto o privado podem prestar serviços de saúde. O setor público consiste no subsetor de Seguridade Social, também chamado de Obras Sociais, que estão reguladas por uma abundante legislação de seguridade social, já que tanto a Cidade Autônoma de Buenos Aires, capital da República Argentina, quanto cada uma das 23 províncias (estados) que compõem a União Nacional, legislaram criando, cada uma delas, sua própria obra social. Enquanto o setor público está regulado pelo direito público, o setor privado – chamado medicina pré-paga – está sujeito à uma legislação bem menos numerosa.

Faz-se importante destacar que ainda que seja, a Argentina tal qual o Brasil, uma república federativa, o modelo federalista adotado é bastante distinto, assemelhando-se, o federalismo argentino, muito mais à concepção originária do federalismo norte-americano, do que resulta que cada província possui tanta autonomia quanto a de determinar um procedimento legal para cada uma, individualmente. Assim, por exemplo, o código processual da província de Córdoba não é o mesmo que o da província de Santa Fé.

De toda forma, no que diz respeito ao sistema de saúde argentino, podemos dizer que se compõem por três subsistemas: o público, o das obras sociais (seguridade social) e o privado. Sobre o tema, Cetrángolo e Goldschmit (2018, p. 4) asseveram que, por meio do setor público, a Argentina presta serviços de atenção médica de maneira universal: a todos os habitantes (imigrantes incluídos) do solo argentino, independentemente de terem ou não algum tipo de plano social ou privado. São serviços colocados à disposição da população de maneira descentralizada, a partir dos governos das províncias (estados) ou, em alguns casos, até mesmo pelos serviços municipais. Via de regra, então, a população que conta com cobertura pública compreende a totalidade da população argentina.

Todavia, prosseguem os autores, o sistema de seguridade social – as obras sociais – conformam uma porção importante do sistema de saúde do País, não só em termos de recursos envolvidos, mas também da população coberta, porque, ainda que haja uma cobertura sanitária universal para a população,

Esta [cobertura] presenta serios problemas de equidad y acceso. Esto es así, ya que aunque la protección financiera está cubierta pra todos, se hace de manera muy diferencial. Por un lado, existe un grupo de la población que tiene coberturas múltiples y de diferente calidad por la superposición de la oferta pública, la cobertura obligatoria de la seguridad social y la privada. Por otro lado, la organización descentralizada y las características territoriales del país han determinado un acceso diferente para cada grupo poblacional. (CETRÁNGOLO; GOLDSCHMIT, 2018, p. 4).

Como dito, a seguridade social argentina se compõe pelas obras sociais nacionais (OSN), regulamentadas pelas Leis 23.660 e 23.661, ambas de 1989, além de outros regimes especiais como as obras sociais do pessoal das forças armadas, de Segurança, judicial e Universitária, vinte e quatro (24) obras sociais provinciais e os serviços do Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas, conhecido como PAMI – Programa de Atenção Médico Integral. Assim, dentro do subsetor da seguridade social, encontram-se numerosas instituições, com diferentes populações afiliadas e que contam com marcos normativos próprios. Conjuntamente, as diferentes instituições de seguridade social proporcionam cobertura de saúde para 60% (sessenta por cento) da população do país. (CETRÁNGOLO; GOLDSCHMIT, 2018, p. 5). Ainda, existem os seguros voluntários em empresas de saúde privada, que são pagos pelos próprios usuários ou mediante acordos de seguro coletivo.

Por fim, deve-se mencionar que o setor privado oferece cobertura de seguro aos setores de alta renda que têm acesso à cobertura privada com base em sua própria capacidade de pagamento, bem como a outros setores sociais que, não estando satisfeitos com os serviços prestados pelo setor público ou pela seguridade social, contratam um seguro privado que oferece cobertura total ou parcial. O seguro privado é regulamentado pela Lei 26.682 de 2011, que obriga as empresas de medicina pré-paga a garantir uma cobertura mínima equivalente àquela em vigor para as Obras Sociais Nacionais (PMO).

#### **4 Algumas convergências e divergências**

Antes de falarmos em convergências e divergências é preciso ter em mente o conceito de Desenvolvimento Social, que surge como uma expansão do entendimento das dimensões do desenvolvimento, alargando a visão de uma concepção estrita relacionada ao crescimento econômico, para incorporar outros pilares do bem-estar social, sobretudo aqueles relacionados aos direitos sociais, surgidos na primeira metade do século XX, e posteriormente positivados na Declaração Universal dos Direitos Humanos. Dentre esses destacam-se a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, e a assistência aos desamparados. O desenvolvimento social, é considerado um direito humano pela ONU.

O desenvolvimento requer que se removam as principais fontes de privação de liberdade: pobreza e tirania, carência de oportunidades econômicas e destituição social sistemática, negligência dos serviços públicos e intolerância ou interferência excessiva de

Estados repressivos. A despeito de aumentos sem precedentes na opulência global, o mundo atual nega liberdades elementares a um grande número de pessoas – talvez até mesmo à maioria.

A ausência de liberdades substantivas relaciona-se diretamente com a pobreza econômica, que rouba das pessoas a liberdade de saciar a fome, de obter uma nutrição satisfatória ou remédios para doenças tratáveis, a oportunidade de vestir-se ou morar de modo apropriado, de ter acesso à água tratada ou saneamento básico. Em outros casos, a privação de liberdade vincula-se estreitamente à carência de serviços públicos e assistência social, como por exemplo a ausência de programas epidemiológicos, de um sistema bem planejado de assistência médica e educação ou de instituições eficazes para a manutenção da paz e da ordem locais. Em outros casos, a violação da liberdade resulta diretamente de uma negação de liberdades políticas e civis por regimes autoritários e de restrições impostas à liberdade de participar da vida social, política e econômica da comunidade (SEN, 2010, p.93).

O desenvolvimento social é um fator capaz de mudar seu rumo (inclusive economicamente), de forma que o aumento do desenvolvimento social significa um aumento do capital humano e, conseqüentemente, do próprio capital social, tornando-se não só um referencial não só quantitativo, mas também qualitativo: quanto mais desenvolvimento social uma sociedade buscar e conquistar, mais qualidade terão os serviços encontrados dentro da sociedade.

Desta feita, o desenvolvimento social também significa entender a complexidade do direito à saúde, o passa, necessariamente, pelo conhecimento dos instrumentos jurídico-normativos existentes, pois a efetivação das leis é fundamental para concretização *do direito ao próprio direito* e, conseqüentemente, necessária para a redução das barreiras geopolíticas, ainda mais considerando-se que Brasil e Argentina, fronteirços que são, têm populações que padecem, não raras vezes, das mesmas dificuldades.

Estas dificuldades estão, claro, vinculadas aos determinantes sociais e, em que pese não ser o foco desta abordagem, é importante ter em mente que

O principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito. É através do conhecimento deste complexo de mediações que se pode entender, por exemplo, por que não há uma correlação constante entre os macroindicadores de riqueza de uma sociedade, como o PIB, com os indicadores de saúde. Embora o volume de riqueza gerado por uma sociedade seja um elemento fundamental para viabilizar melhores condições de vida e de saúde, o estudo dessas mediações permite entender por que existem países

com um PIB total ou PIB *per capita* muito superior a outros que, no entanto, possuem indicadores de saúde muito mais satisfatórios. O estudo dessa cadeia de mediações permite também identificar onde e como devem ser feitas as intervenções, com o objetivo de reduzir as iniquidades de saúde, ou seja, os pontos mais sensíveis onde tais intervenções podem provocar maior impacto. (BUSS, P.M. e FILHO, A.P., 2007, p. 81).

É fato que Brasil e Argentina possuem pessoas e grupos mais ou menos vulneráveis<sup>2</sup> e, para o objetivo pretendido, é necessário partir-se de alguns pressupostos de que o direito à saúde, em sua interface com a cidadania, é condição de possibilidade para a consolidação de outros direitos, relacionando-se, portanto, diretamente com a efetivação dos direitos sociais o que, em países de tradição não anglo-saxônica, reflete-se na necessidade de um direito positivado, daí a importância ímpar dos sistemas jurídicos.

Partindo-se de uma primeira convergência, vemos que tanto Brasil quanto Argentina são estados federais que adotaram a forma de governo republicana. Tanto Brasil quanto Argentina viveram como colônia europeia, até que fosse declarada sua independência. Ambos passaram por regimes ditatoriais e governos populistas. Ambos adotaram o sistema da *Civil Law*. Ambos possuem trajetória histórica similar no que tange aos direitos fundamentais na modernidade, tendo experimentado o Estado Liberal e o Social. Ambos passam por um processo de recrudescimento da extrema direita, cujas premissas têm encontrado eco populacional, como atestam os números eleitorais recentes: no Brasil, ainda que derrotado, teve o candidato da extrema direita votação bastante numerosa; na Argentina, as primárias colocam na frente das intenções de voto também um candidato da extrema direita.

Apontadas tais convergências, vejamos as divergências e, neste sentido, parece indispensável começarmos pelo federalismo, forma de Estado adotada por ambos, que apresenta amplas diferenças funcionais entre os diversos sistemas políticos que assim se autodenominam (Elazar, 2011, p. 309 e ss.).

De fato, o federalismo, cuja expressão mais concreta se dá por meio do Estado Federal, modificou-se ao longo do tempo, razão pela qual é possível falar-se em modelos (ou espécies ou tipos) de federalismo. Ainda que não haja, por parte da doutrina especializada, um consenso

---

<sup>2</sup> A vulnerabilidade é aqui entendida como condições que tendem a resultar em processos de marginalização e violação de direitos (ex.: perda ou fragilidade de vínculos familiares e sociais/comunitários, identidades estigmatizadas devido ao pertencimento étnico/racial, orientação sexual, identidade de gênero, desvantagens resultantes de deficiências, uso de substâncias psicoativas, exclusão pela pobreza, dentre outras). [...] Tais sistemas promovem interseções complexas que são interdependentes, tornando-se indispensável que os âmbitos da vida em sociedade (âmbito social, cultural, político, econômico e etc.) sejam considerados a partir das iniquidades estruturais presentes no cenário nacional, as quais podem fazer com que vulnerabilidades interseccionais sejam ainda mais agravadas em situações de crise. (FIOCRUZ, 2020, p. 07 e 08).



quanto à classificação típica do federalismo, para os fins deste trabalho, vamos considerar duas: o federalismo dual e o federalismo cooperativo.

O federalismo dual caracteriza-se pela existência de duas esferas de poder, absolutamente distintas e com atribuições e competências próprias e exclusivas. É considerado o federalismo clássico porque é o modelo criado pelos Estados Unidos da América em 1787. Considerando o contexto histórico, caracterizado pela necessidade de manter a independência recentemente adquirida, não causa surpresa que neste modelo haja uma repartição horizontal de competências e inexista qualquer preocupação com atividades coordenadas entre seus membros.

De modo geral, pode-se dizer que no federalismo dual há uma rígida repartição de competências, e, se houver, são poucas as previsões de colaboração entre os entes federados e a União, ou mesmo entre si.

O modelo de federalismo que vai contrapor-se ao federalismo dual recebe o nome de cooperativo, tendo como parâmetros o federalismo alemão e o norte-americano, não mais de 1787, mas instituído no *New Deal*, após a quebra da bolsa em 1929. Neste contexto, multiplicavam-se os programas nacionais e as subvenções federais oferecidas pelos Estados Unidos aos Estados-membros para enfrentar a crise econômica e responder às angústias sociais, não causando estranheza que seja chamado cooperativo, justificada que estava pelo fato da necessária cooperação entre as esferas de poder, notadamente na ajuda financeira que o governo federal daria aos Estados-membros.

Schwartz lembra que as subvenções federais não eram mais concedidas sem que condições substanciais fossem impostas aos Estados-membros, fazendo com que, ao aceitarem a subvenção, ficassem sob rigorosa supervisão federal, já que “apoiando-se como se apóia [sic] principalmente nos recursos financeiros superiores do Governo nacional, o federalismo cooperativo tem sido, até hoje, uma curta expressão para uma concentração constantemente crescente do poder de Washington”, até porque “aquele que paga o flautista é que escolhe a música”. (SCHWARTZ, 1986, p. 45-46).

Entretanto, este mesmo termo – federalismo cooperativo – pode também significar uma vontade descentralizadora em relação aos membros de uma federação, já que pode designar a busca e aplicação de uma cooperação intergovernamental para alcançar fins comuns, tanto econômicos quanto sociais, através de programas de financiamento conjunto. Portanto,

Desde una perspectiva científica, puede utilizar-se este término para designar la búsqueda y aplicación de una cooperación intergubernamental para alcanzar

fines comunes, tanto en materia económica como social y cultural, a través de programas y de financiación conjuntos. Esta cooperación se basa frecuentemente en prácticas políticas, informales en ocasiones, situadas en el exterior de las relaciones constitucionales vigentes. El federalismo cooperativo es, de este modo, un conjunto de medios utilizados, según modalidades distintas en cada federación, para responder a las mutaciones de nuestra época sin modificar la distribución constitucional de las competencias legislativas y de las fuentes de financiación. [...] Se concreta a través de acuerdos entre gobiernos adoptando formas distintas. Su puesta en práctica se realiza a partir de medidas legislativas y reglamentarias en todos los niveles de gobierno. De esta forma, en el interior de la estructura constitucional se aplica una concepción intergubernamental de las políticas públicas, a pesar de la separación de los ámbitos de jurisdicción (CROISAT, 1995, pp. 103-104).

A partir desta definição é absolutamente possível que o federalismo cooperativo seja compreendido como um adutor, quiçá essencial, para a efetivação de direitos fundamentais em Estados federais. A fundamentabilidade da cooperação decorre da própria natureza da federação. Neste sentido, diz Abrucio que

Cooperação [...] não significa a imposição unilateral de ações conjuntas, que estão mais para a subordinação do que para as parcerias, e são típicas de governos centralizadores ou de situações em que há um desnível vertical/horizontal muito grande entre os entes federativos; [...] A cooperação é necessária não apenas porque reforça os laços constitutivos da federação. Ela tem se tornado cada vez mais fundamental por conta daquilo que [...] [se] denomina *shared decision making*, isto é, a natureza intrinsecamente compartilhada das políticas públicas no federalismo. Isto decorre do seguinte paradoxo que marca os sistemas federais contemporâneos: embora as ações governamentais sejam divididas entre unidades autônomas, tais políticas têm aumentado sua interconexão, seja em razão da nacionalização de determinados programas ou metas, seja em virtude da fragilidade financeira ou administrativo de determinados governos locais ou regiões. Antes de se constituir como um dilema entre centralizar ou descentralizar, a produção e delimitação das funções governamentais passa no federalismo por um intrincado jogo de decisões compartilhadas pelos níveis de governo. (ABRUCIO, 2001, p. 99)

A constituição brasileira, promulgada em 1988, adotou o federalismo cooperativo como forma de atuação, o instituindo através dos seus artigos 23 e 24, que definem competências comuns e concorrentes aos entes federados. Assim, todos os entes federados devem colaborar para a execução das tarefas determinadas pela Constituição o que resulta, portanto, em um alto grau de descentralização, tanto do ponto de vista de repartição de receitas, quanto da respectiva realização de gastos.

Em relação à saúde no Brasil, a partir de 1990 ocorreu um processo negociado de institucionalização progressiva de descentralização, tendo a Lei Orgânica da Saúde e,

posteriormente, as normas operacionais básicas, aprimorado a gestão pluri-institucional, com a criação de conselhos, em âmbitos nacional, estadual e municipal, responsáveis pelas diretrizes políticas de saúde. Também a criação das comissões bipartites e tripartites de gestores consolidou o processo de negociação entre os diferentes níveis de governo.

Disto resultou, no que pertine à saúde no Brasil, do que se chama *federalismo sanitário*, criado e expressado pela estrutura normativa do SUS, cuja natureza cooperativa admite um compartilhamento de responsabilidades entre os entes federados, garantindo, a cada um, a autonomia que caracteriza cada um dos componentes de um Estado Federal, assentado que está no compartilhamento de recursos, espaços decisórios, competências e atribuições.

A LOS determina um modelo institucional que não só estrutura, mas que é o próprio SUS. Dourado (2010, p. 83) bem entendeu este modelo, asserevando que é ele que delimita a expressão do federalismo brasileiro na área da saúde, reproduzindo, inclusive, sua disposição tríplice. Assim

[...] a definição das três esferas autônomas de gestão sanitária correspondentes aos entes federados estabelece uma forma de organização política que pode ser adequadamente designada federalismo sanitário brasileiro. (DOURADO, 2010, p. 83 – destaques no original).

Do exposto, não é difícil reconhecer que a natureza do federalismo sanitário brasileiro é cooperativa, tendo procurado desenvolver sistemas compartilhados para a solução de problemas comuns.

No que diz respeito à Argentina, deduzimos que seu modelo federalista é muito próximo ao modelo dual o que pode significar, na prática uma menor efetividade para o acesso de sua população aos serviços e ações de saúde, já que cada província pode estabelecer diferentes modelos e, mais que isto, cada obra social também define que tipo de serviços serão oferecidos aos seus obreiros.

Não existe, na Argentina, um sistema de referência e contrarreferência<sup>3</sup>, de modo que se uma província não tiver disponível determinado tratamento, o paciente não será transferido

---

<sup>3</sup> Segundo o Ministério da Saúde (DIREITO SANITÁRIO E SAÚDE PÚBLICA, 2003, p. 114), um sistema de referência corresponde aos procedimentos, mecanismos e locais definidos para a transferência de usuários de uma unidade ou serviço de saúde para outro, no SUS. Dado o princípio da regionalização, esse serviço deve ser disponibilizado o mais próximo possível daquele que realizou o primeiro atendimento, normalmente o município. Em razão disso, se entende a referência como a derivação do usuário entre um serviço de atenção à saúde de menor complexidade para outro de maior complexidade e, via de consequência, a contrarreferência como esta mesma derivação de usuários, só que em sentido inverso.

para outra província que lhe possa atender, a não ser que o faça de maneira particular, ou seja, suportando os custos.

## **5 Conclusão**

À guisa de conclusão, no que tange a este artigo, vemos que tanto o Brasil quanto a Argentina reconhecem a saúde como direito constitucional. No caso do Brasil, diretamente em seu texto constitucional, enquanto que a Argentina o faz por meio do reconhecimento que dá aos tratados e convenções internacionais, os elevando ao *status* de norma constitucional. Enquanto que a regulamentação do direito à saúde no Brasil seja feita, no que tange à estrutura do sistema de saúde, em nível nacional, na Argentina existe uma regulamentação bastante esparsa e que pode diferir de uma província a outra.

Ainda que ambos os países contem com um sistema tido por universal, na prática, mais da metade da população argentina faz uso das obras sociais, que corresponde àquela cobertura que o Brasil dava aos trabalhadores antes da promulgação da atual CRFB/88. Ambos os países contam com a medicina privada, ainda que, no caso brasileiro, exista um oferecimento de serviços públicos por meio de pessoas jurídicas de direito privado, com custos, portanto, suportados pelo próprio Estado.

Embora ambos os países apresentem sistemas de saúde consolidados, o federalismo dual argentino vai de encontro ao federalismo sanitário brasileiro e, assim, não permite um sistema de referência e contrarreferência nacional, o que, sem dúvidas, beneficiaria toda a população. Uma descentralização em matéria de saúde talvez fosse servir ao propósito argentino de garantir maior efetividade ao direito à saúde de sua população e, quiçá, poderia ser ampliado para transformar-se em um tratado internacional no âmbito do próprio Mercosul.

## **6 Referências**

ABRUCIO, Fernando Luiz. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FCH e os desafios do governo Lula. In: Revista de Sociologia Política, Curitiba, n. 24, jun. 2005, pp. 41-67.

ARGENTINA. Constitución Nacional Argentina. Ley nº 24430. Poder Legislativo Nacional. Disponível em <https://www.casarosada.gob.ar/images/stories/constitucion-nacional-argentina.pdf>. Acesso em 02 jun. 2023

ARGENTINA. Digesto Jurídico Argentino. Ley 26.939. Aprobación del Digesto Jurídico Argentino. Buenos Aires, 21 de Mayo de 2014. Boletín Oficial, 16 de Junio de 2014. Anexo 1. ASA – Administrativo Salud. Disponível em <http://www.saij.gob.ar/digesto-juridico-argentino>  
BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4. ed. 9. Impres. São Paulo: Ática, 2006.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em 01 jun. 2023.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. 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 [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em 01 jun. 2023

BRASIL. **Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm). Acesso em 01 jun. 2023

CARVALHO, Brígida Gimenez; MARTIN, Gilberto Berguio; CARDONI JÚNIOR, Luiz. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, Seoma Maffei de; SOARES, Darli Antonio; CARDONI JÚNIOR, Luiz (Orgs.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001; CETRÁNGOLO, Oscar; GOLDSCHMIT, Ariela. **Obras sociales en Argentina: origen y situación actual de un sistema altamente desigual**. Buenos Aires: CECE, 2018. Disponível em <http://fcece.org.ar/wp-content/uploads/informes/obras-sociales-argentina.pdf>. Acesso em 11 jun. 2023.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; MENDES, Fábio Faria; MUNIZ, José Roberto. **Descentralização das políticas públicas de saúde: do imaginário ao real**. Viçosa: UFV, 1998.  
DOURADO, Daniel de Araújo. Regionalização e federalismo sanitário no Brasil. 2010. 183f. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva, São Paulo, 2010.

ELAZAR, Daniel. Anàlisi del federalisme i altres textos. Estudi introductor de Ronald L. Watts. Barcelona: Institut d'Estudis Autònoms (Catalunya), 2011.

MADIES, Claudia; GARAY, Oscar. **Marco jurídico normativo del sistema de salud argentino:** claves y oportunidades: el digesto sanitario y el digesto argentino. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: ISALUD; Fundación OSDE, 2015.

SCHWARTZ, Bernard. O federalismo norte-americano atual: uma visão contemporânea. Tradução de Elcio Cerqueira. Rio de Janeiro: Forense, 1986.