

INTRODUÇÃO

Ao pensar em resolução de problemas sociais em seu próprio país, os membros do Mercosul, a exemplo da Argentina, do Brasil, do Paraguai e do Uruguai, assim como os países latino-americanos devem olhar para o Estado vizinho e extrair lições e/ou requerer assistência a partir de uma parceria de cooperação técnica, científica, tecnológica, financeira e humanitária para promover o desenvolvimento social, a sustentabilidade e os direitos humanos.

A crise sanitária causada pela covid-19 foi um exemplo claro da corrida dos países em busca de insumos de materiais hospitalares e esforços em comum para o desenvolvimento de vacinas para combater o coronavírus, envolvendo recursos de pessoal e financeiros públicos aliada à cooperação de organizações privadas referenciais no assunto de saúde.

Ao mesmo tempo, demonstrou a ausência de organização e capacidade dos países na cooperação em diversas áreas do conhecimento para encontrar soluções para problemas comuns.

Para o presente estudo, tem-se como objetivo geral demonstrar que a cooperação multissetorial e entre países fronteiriços tende a ser benéfico para a promoção do desenvolvimento social, dos direitos humanos e da sustentabilidade. Como objetivo específico, identificar o papel do Estado nesse cenário e como pode contribuir para o fortalecimento das metas do ODS. Ainda, um breve retrato da realidade dos direitos sociais como saúde e educação a partir de dados de organizações interamericanas.

Buscou-se pelo método hipotético-dedutivo trazer para o debate que a cooperação entre países com transferência de boas práticas para solução de problemas comuns podem ser uma saída alternativa mais célere e viável do que um olhar apenas para dentro sem lançar mão de bons resultados alcançados em países vizinhos.

Como resultado, percebe-se que o envolvimento do Estado é de protagonista e deve promover cooperação com outros países de fronteira para a promoção como meio de combate a crises de justiça social na América Latina.

1 AS METAS DO ODS E O CENÁRIO PÓS-COVID NA AMÉRICA-LATINA

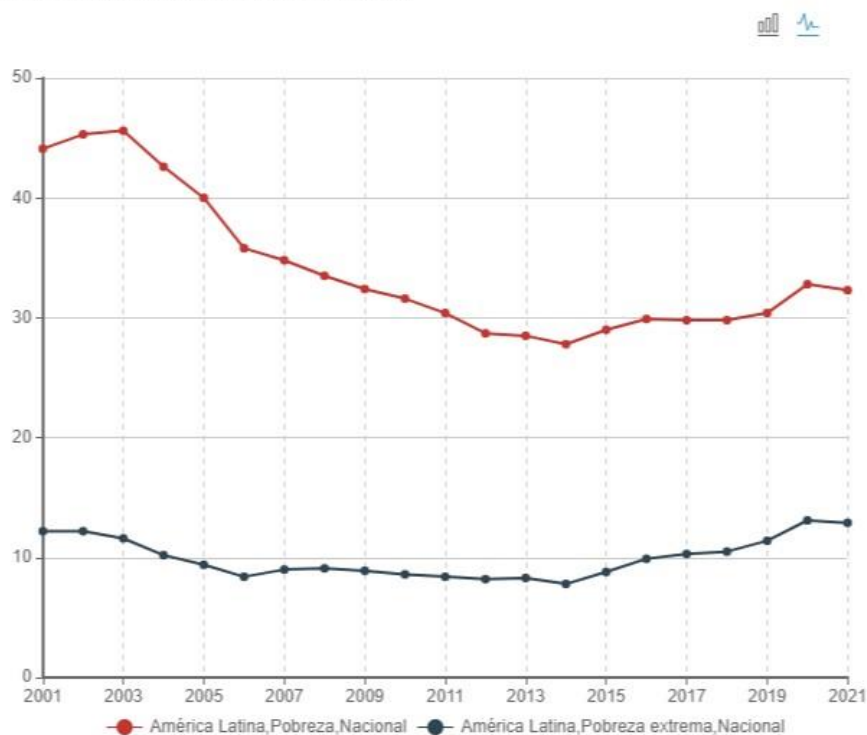
As metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) proposta pela ONU para os próximos 15 anos, a Agenda 2030, a América Latina e o Caribe alcançaram apenas 25% daquelas previstas, sendo que o Objetivo 1, de Erradicação da Pobreza, possui 7 (sete) metas, dentre 5 (cinco) finalísticas e 2 (duas) de implementação.

A meta global 1.1 do ODS prevê a erradicação da pobreza extrema até 2030, que, segundo dados disponibilizados pela CEPAL¹, na tabela abaixo, em 2021 há 32,3% da população dos países da América Latina e Caribe vivem na pobreza, e 12,9% vivem na pobreza extrema, o que demonstra, cabalmente, sem que haja uma política de cooperação acentuada, o não atingimento da meta no período restante até o ano de 2030.

Pobreza

Población en situación de pobreza extrema y pobreza según área geográfica

(Porcentaje del total de la población en cada área geográfica)



Fuente: CEPALSTAT - CEPAL - NACIONES UNIDAS

O gráfico também lança luz no acentuado aumento das pobrezas no período pandêmico do coronavírus, que apesar de uma linha decrescente desde 2003, houve uma tendência de aumento significativo a partir do ano de 2015.

É importante destacar que houve uma significativa diminuição da extrema pobreza nos últimos 200 anos, com bilhões de pessoas bem nutridas, seguras, saudáveis, com riqueza financeira e higiene pessoal satisfatória, passando de 84% da população mundial que estavam

¹ Disponível em:

https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?indicator_id=3328&area_id=927&lang=es Acesso em 09.08.23.

na extrema pobreza nos anos 20 do século 19 para 44% nos anos 80 do século 20 (BREGMAN, 2018, p. 9).

No contexto atual, o objetivo global 17 do ODS possui 19 metas a serem alcançadas, sendo que a meta 17.16 é um exemplo a ser seguido pelos países da América Latina e Caribe para fins de fortalecer a cooperação entre o público e o privado, assim como vincular os *stakeholders* para o desenvolvimento sustentável, estabelecendo as parcerias multissetoriais necessárias para a resolução de problemas comuns.

Há uma tendência de se afirmar que para a efetivação dos ODS em suas várias frentes é necessária entregar à governança global a orientação de sua implementação em escala macro, ao passo que a governança local fortalecesse com engajamento os atores sociais locais (RAMOS, BARROS, VELOSO, 2022, p. 20).

Com a pandemia da COVID-19 se verificou que se requer um nível sem precedentes de colaboração entre os países, sendo que uma das lições que ela trouxe para os governos foi a sua capacidade e o seu amadurecimento pré-existente de governar, fazer e gerir (MAZZUCATO, 2021, p. 111).

Todavia, há problema de ausência de autonomia nacional, na dependência de produtos e serviços de outros países, que eventual oposição a essa questão se resume a discussões entre soberania e globalização. É necessário discutir a existência de uma consciência de cooperação política e de intercâmbio cultural, fazendo com que a globalização possa comportar a desglobalização (MORIN, 2021, p. 39).

Há inúmeros problemas comuns que devem ser enfrentados por todos os países, como a erradicação da pobreza extrema, promover a saúde e o bem-estar, a redução das desigualdades, a educação de qualidade, cidades e comunidades sustentáveis, consumo e produção responsáveis, que são exemplos que podem e devem ser objeto de cooperação mútua entre diversos *stakeholders*, mas sempre capitaneado pelos governos.

2 PROBLEMAS COMUNS: EDUCAÇÃO E SAÚDE

A saúde e a educação são indicadores, ao lado dos indicadores econômicos, que representam aspectos do desenvolvimento social e ambiental, acesso à cultura, construção da cidadania e as liberdades, para que se mensurar a qualidade da população de determinado país (SEN; KLIKSBERG, 2010, p. 140).

As desigualdades possuem maior impacto na saúde a partir dos níveis educacionais que cada pessoa possui, refletindo diretamente na mortalidade, alimentação, incapacidades e na expectativa de vida (SEN; KLIKSBURG, 2010, p. 168).

A saúde é condição essencial para a plena manutenção da vida do ser humano, assim como tem como consequência dar suporte elementar para o desenvolvimento de capacidades para ter uma boa vida a ser vivida, com qualidade e liberdade, e considerado tema central da justiça social.

As condições de vida das pessoas são, comumente, vistas a partir de referência de dados e estatísticas oficiais por critérios econômicos, a exemplo de acesso a bens e serviços, renda por pessoa ou produção interna de um país, os quais são disponibilizados por organismos independentes ou públicos, a exemplo no Brasil do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e na América Latina, como a Organização Pan-americana de Saúde (OPS), que traz contribuições essenciais de dados para os países, como os gastos públicos com saúde.

Afirma-se que o envolvimento do Estado é de protagonista e deve assim agir, uma vez que o mercado é insuficiente e incapaz de oportunizar contrapartida para a promoção da equidade na saúde e o desenvolvimento das capacidades nas pessoas. Por outro lado, a colaboração institucional entre nações deve ser objeto de implementação a fim de realizar cooperações que visam suprir lacunas ou deficiências porventura existentes.

Ao realizar estudos comparativos a partir de fontes informacionais de bem-estar das pessoas a fim de medir as desigualdades – inclusive de saúde –, tem-se que tais pesquisas realizadas no âmbito interno de cada país (pesquisa domiciliar) trazem apenas um recorte da realidade (ALVAREDO; CHANCEL; PIKETTY; et al., 2020, s.p.). Também, estudos realizados pela OPAS/OMS e CEPAL fazem essa análise pela média geral de cada país.

Esses estudos com frequência enfatizam apenas os avanços nas médias gerais de indicadores de saúde em diversos países, onde as iniquidades aparecem abaixo dessas médias, quando se considera outros critérios como estrato socioeconômico, localização geográfica, etnia, idade, gênero, entre outros, são visíveis as disparidades de acesso à saúde (SEN; KLIKSBURG, 2010, p. 130).

É inegável que a saúde é fundamental para as capacidades das pessoas e precisa ser valorada para que seja mantida sua qualidade, uma vez que, segundo Sen e Kliksberg (2010, p. 60) alertam que:

Qualquer concepção de justiça social que aceite a necessidade de uma distribuição equitativa e também de uma exploração eficiente das capacidades humanas não pode

ignorar o papel da saúde na vida humana e as oportunidades de as pessoas obterem uma vida saudável, sem doenças e sofrimentos evitáveis ou mortalidade prematura.

Logo, equidade na realização e na distribuição de saúde são inerentes à noção ampla de justiça, que se torna uma injustiça a partir do momento em que o acesso à saúde é dificultado por ausência de hospitais ou medicamentos em determinada localidade à população, seja por ausência de recursos financeiros das pessoas ou do Estado, seja por ausência de política pública efetiva que promova uma equidade na saúde da população.

É importante destacar a distinção entre realização de saúde e a capacidade de obter uma boa saúde, a qual pode ou não ser praticada pela pessoa (uso do tabaco, atividades físicas, excesso de álcool etc.), por um lado, e os serviços sociais que são oferecidos para sua realização (acesso à saúde), por outro.

A equidade na saúde deve ser pautada além do atendimento de saúde, incluindo outras variáveis que interferem na conquista ou perda de saúde, como as predisposições genéticas, hábitos e estilos de vida, auferimento de renda, bem como as condições de trabalho e o ambiente salubre e sanitário (SEN; KLIKSBURG, 2010, p. 61).

Portanto, é insuficiente a distribuição de atendimento de saúde para a população, como a instalação de hospitais e centros médicos em localidades com baixo acesso a esse tipo de serviços, para que haja uma adequação a ideia de realização da saúde e da capacidade de realizar saúde.

O acesso igualitário de homens e mulheres à rede de saúde disponibilizada pelo Estado deve se ater não só a esse aspecto, mas também a alocação de recursos e os arranjos sociais que se conectam a outras questões da sociedade, como fatores de riqueza e pobreza financeira entre as pessoas.

Nesse sentido, se a pessoa A possui acesso a recursos financeiros próprios e a pessoa B é pobre economicamente, e ambas possuem predisposição à mesma enfermidade, a pessoa A terá acesso a tratamentos médicos alternativos e mais avançados muitas vezes indisponíveis na rede pública de saúde, aumentando suas chances de cura e qualidade de vida. Há clara iniquidade na saúde neste caso.

Do mesmo modo, impedir o acesso da pessoa A em obter um tratamento privilegiado na rede privada de saúde, por eventual escolha política, há também violação à equidade de saúde, uma vez que aquele que possui condições de comprar saúde está vedado de fazê-lo ao ser impedido, por exemplo, de importar medicamentos inexistentes em território nacional.

Ao pensar apenas na redução da desigualdade na saúde para atingir a equidade de saúde é o mesmo que a “abordagem para o problema da fome mundial (que não é desconhecido) de comer menos comida, ignorando o fato de que qualquer recurso geral pode ser usado para alimentar melhor os famintos” (SEN; KLIKSBURG, 2010, p. 64).

É evidente que a ausência de recursos ou sua alocação adequada para o atendimento de saúde são dependentes de aportes financeiros, mas que a violação da equidade de saúde não se mede a partir da desigualdade na saúde.

Nessa linha, ao se conceber políticas de saúde deve-se distinguir a igualdade em realização da saúde (capacidades e liberdades) e a igualdade na distribuição de recursos de saúde, é naquela (igualdade em realização) que mora a equidade de saúde, uma vez que é insuficiente a distribuição equitativa de atendimentos de saúde (acesso) sem que haja possibilidade de uma equidade em realização de saúde.

Igualmente, Flávio Comim ressalta que:

[...] palavras, para saber se uma pessoa tem uma boa vida ou não, ou se uma sociedade está indo bem ou não, é necessário olhar não somente para os recursos que ela tem a sua disposição ou seu estado subjetivo - do que sentem e dizem as pessoas sobre sua situação - mas para as suas capacitações. Isto é, para o conjunto de liberdades substantivas que ela possui (2021, p. 13).

Aos fazer uma referência entre saúde, morbidade e variações posicionais, Sen destaca que dependendo da região em que determinado grupo de pessoas tenha maior acesso à educação, trabalho e renda, possuem uma consciência maior das possíveis enfermidades que podem lhe acometer, bem como da necessidade tomar iniciativa de procurar soluções médicas e tomar medidas de caráter preventivo para evitar futuros prejuízos à própria saúde. Faz críticas ao que ele chama de ilusão de baixa morbidade nos ambientes socialmente atrasados, uma vez que as autopercepções não podem ser “consideradas reflexos precisos da saúde e da doença em uma compreensão transposicional adequada” (SEN, 2011, p. 198).

Portanto, deve-se ter acuidade pelos gestores públicos em considerar dados estatísticos baseados em autorrelatos de doenças e a busca de cuidados médicos pela população (como a visita de agentes de saúde e serviço social nas localidades) sem análise de dados baseados em indicadores como exames laboratoriais, doenças e outros tipos de registros de saúde mais precisos, considerando as perspectivas posicionais das pessoas.

Sob essa perspectiva, é crucial o alargamento da base informacional das avaliações para afastar as ilusões posicionais (SEN, 2011, p. 202), pois dizem respeito à visão do agente,

isto é, da condição de agente, que Sen descreve com maestria na obra denominada Desenvolvimento como liberdade (Sen, 2015, p. 5²).

Mas quando o problema transpassa a zona de fronteira entre países, a exemplo da região de Misiones (ARG) e Itapúa (PY) e Corrientes (ARG) e Rio Grande do Sul (BRA), em que a burocracia aduaneira dificulta o acesso à saúde ou, ainda, à educação, porque inexistente uma política instrumentalizada por acordo ou convênio entre os países para atendimento médico ou reconhecimento automático de diploma de cursos superiores, as pessoas estão limitadas a uma zona territorial definida e a um cenário nada cooperativo para os cidadãos fronteiriços.

No cenário sobre equidade na realização e distribuição de saúde e a promoção da educação de qualidade, deve-se ter a clareza de que compete o Estado desempenhar o seu papel, a exemplo de maiores garantias à área de proteção às pessoas em face das adversidades naturais que podem ocorrer na vida, como velhice, enfermidade e desemprego, por exemplo, que afetam a sua dignidade humana.

3 ESTADO EMPREENDEDOR: UM EXEMPLO BRASILEIRO

A partir das premissas mencionadas em capítulos anteriores, as diretrizes que estabelecem a executoriedade de políticas voltadas a ensejar condições de saúde e bem-estar às pessoas parte de normas jurídicas como a Constituição Federal e da legislação infraconstitucional, como no caso brasileiro.

A saúde é direito de todos e dever do Estado é o que estabelece o art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil promulgada em 1988, capitaneada por vários entes federativos, como a União Federal, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, a partir de sua estrutura administrativa, e de forma coordenada e com responsabilidade solidária entre si³, bem como é indevida a omissão daquele ente federado instado a se manifestar quando o cidadão interpela o seu direito à saúde⁴.

² De acordo com Sen: De fato, a condição de agente dos indivíduos é, em última análise, central para lidar com essas privações. Por outro lado, a condição de agente de cada um é inescapavelmente restrita e limitada pelas oportunidades sociais, políticas e econômicas de que dispomos.

³ Nesse sentido, STF: [...] o tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados. O polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente, ou conjuntamente. [[RE 855.178-ED](#)], red. do ac. min. Edson Fachin, j. 23-5-2019, P, *DJE* de 16-4-2020, Tema 793.]

⁴ Ver STF: Consolidou-se a jurisprudência desta Corte no sentido de que, embora o art. 196 da Constituição de 1988 traga norma de caráter programático, o Município não pode furtar-se do dever de propiciar os meios necessários ao gozo do direito à saúde por todos os cidadãos. Se uma pessoa necessita, para garantir o seu direito à saúde, de tratamento médico adequado, é dever solidário da União, do Estado e do Município providenciá-lo. [[AI 550.530 AgR](#)], rel. min. Joaquim Barbosa, j. 26-6-2012, 2ª T, *DJE* de 16-8-2012.

Nessa linha, a ação estatal na provisão de saúde pública é defendida por Amartya Sen, confirmado pela análise de sua obra, por Comim (2021, p. 53), na medida em que o Estado deve se fazer presente nas ações que visam promover o bem-estar social, o qual possui larga abrangência.

O Estado é o parceiro fundamental do setor privado e quem deve assumir os maiores riscos na implementação de políticas públicas (inclusive de saúde), devendo disponibilizar recursos humanos e financeiros, além das atividades que lhe é inerente, como expedição de atos normativos, a fim de concretizar as pautas delineadas nas ações promotoras de bem-estar da população.

No caso brasileiro, há previsão constitucional no art. 197 de que as ações e serviços de saúde devem ser executados pelo próprio Estado ou por intermédio de parceiros (terceiros), que são agentes privados, sejam eles com personalidade jurídica ou pessoa natural.

Outrossim, tais ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem um sistema único (art. 198, CF/88), que possuem, dentre outras diretrizes, o atendimento integral.

Portanto, é assegurado o tratamento fornecido pelo Sistema Único de Saúde a toda pessoa que necessite de atendimento, em detrimento de opção escolhida por ela, salvo se há real e comprovada necessidade, no caso de inexistir recursos financeiros próprios e que o Estado deve arcar o tratamento que esteja indisponível na rede pública⁵.

⁵ Nesse sentido, STF: (...) podemos concluir que, em geral, deverá ser privilegiado o tratamento fornecido pelo SUS em detrimento de opção diversa escolhida pelo paciente, sempre que não for comprovada a ineficácia ou a impropriedade da política de saúde existente. Essa conclusão não afasta, contudo, a possibilidade de o Poder Judiciário, ou de a própria administração, decidir que medida diferente da custeada pelo SUS deve ser fornecida a determinada pessoa que, por razões específicas do seu organismo, comprove que o tratamento fornecido não é eficaz no seu caso. Inclusive, como ressaltado pelo próprio ministro da Saúde na audiência pública, há necessidade de revisão periódica dos protocolos existentes e de elaboração de novos protocolos. Assim, não se pode afirmar que os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do SUS são inquestionáveis, o que permite sua contestação judicial. Situação diferente é a que envolve a inexistência de tratamento na rede pública. Nesses casos, é preciso diferenciar os tratamentos puramente experimentais dos novos tratamentos ainda não testados pelo sistema de saúde brasileiro. Os tratamentos experimentais (sem comprovação científica de sua eficácia) são realizados por laboratórios ou centros médicos de ponta, consubstanciando-se em pesquisas clínicas. A participação nesses tratamentos rege-se pelas normas que regulam a pesquisa médica e, portanto, o Estado não pode ser condenado a fornecê-los. (...) Quanto aos novos tratamentos (ainda não incorporados pelo SUS), é preciso que se tenha cuidado redobrado na apreciação da matéria. Como frisado pelos especialistas ouvidos na audiência pública, o conhecimento médico não é estanque, sua evolução é muito rápida e dificilmente suscetível de acompanhamento pela burocracia administrativa. Se, por um lado, a elaboração dos protocolos clínicos e das diretrizes terapêuticas privilegia a melhor distribuição de recursos públicos e a segurança dos pacientes, por outro a aprovação de novas indicações terapêuticas pode ser muito lenta e, assim, acabar por excluir o acesso de pacientes do SUS a tratamento há muito prestado pela iniciativa privada. Parece certo que a inexistência de protocolo clínico no SUS não pode significar violação ao princípio da integralidade do sistema nem justificar a diferença entre as opções acessíveis aos usuários da rede pública e as disponíveis aos usuários da rede privada. Nesses casos, a omissão administrativa no tratamento de determinada patologia poderá ser objeto de impugnação judicial, tanto por ações individuais como coletivas. No entanto, é imprescindível que haja instrução processual, com ampla produção de provas, o que

Logo, o papel do Estado é se relacionar com grupos de interesses como organizações da sociedade civil, universidades e empresas que possam trabalhar em conjunto em busca por objetivos comuns (MAZZUCATO, 2014, p. 29). Também, deve se valer de seu aparato administrativo equivalente, como empresas estatais, universidades públicas e órgãos estratégicos que possam contribuir com uma cooperação efetiva.

A promoção de políticas públicas e a criação de normativas, que são inerentes ao papel regulador do Estado, é insuficiente para elevar a nível de eficácia na equidade em realizações de saúde.

No contexto das capacidades humanas defendido neste estudo, o papel do Estado como parte interessada vai, evidentemente, além da promoção de normativas de incentivo indireto, devendo focar, inclusive, em políticas ambientais, sociais, culturais e econômicas, por exemplo, que tenham impacto sobre o padrão ou comportamento das pessoas sobre uso de determinados alimentos, apoio a crédito financeiro para iniciativa privada criar soluções e inovações tecnológicas que possam contribuir com a sustentabilidade, o trabalho e a renda.

É o que Mazzucato fala em políticas voltadas para o lado da demanda e para o lado da oferta. Para o lado da demanda, exemplifica-se, como estabelecer direção para novas tecnologias e apoio a soluções inovadoras, como redução de gases do efeito estufa (o que contribui para melhores condições do ar e menor riscos de enfermidades respiratórias), incentivo a padrões de construções ecológicas e sustentáveis. Para o lado da oferta, a inclusão de créditos fiscais, subsídios financeiros, aportes e investimentos em pesquisas, empréstimos e outros benefícios de ordem financeira para determinadas tecnologias estratégicas, que levam soluções para políticas do lado da demanda (2014, p. 159).

Por isso que ainda é carecedor, no caso brasileiro, de políticas voltadas ao lado da oferta, ou seja, de aportes diretos do Estado (financiamentos e empréstimos facilitados e subsidiados e de longo prazo) à iniciativa privada com todo o risco da inovação custeado pelo Estado.

É necessário, para ser bem-sucedidas, que as políticas do lado da oferta enfrentem a incerteza e o custo das inovações que são exigidas para atingir metas (MAZZUCATO, 2014, p. 161), que visam abranger acesso à saúde e desenvolver capacidades humanas para redução de riscos e iniquidades de saúde, como a oferta e incentivo em todos os setores da sociedade, não apenas ao de saúde, mas como inovação, educação, cultura e esporte, por exemplo.

poderá configurar-se um obstáculo à concessão de medida cautelar. [STA 175 AgR, voto do min. Gilmar Mendes, j. 17-3-2010, P, DJE de 30-4-2010.].

É importante ter conhecimento que o maior risco a ser suportado será pelo setor público, não apenas incentivando mediante publicação de normatizações, mas promovendo incentivos diretos e focados para o setor privado ter uma contrapartida a partir de sua própria organização interna.

Defender a ideia de que o Estado é o *stakeholder* na promoção das capacidades tem como requisitos um verdadeiro empurrão por suas estruturas à iniciativa privada, o que requer substanciais aportes financeiros, de recursos humanos e de (re)estruturação institucional para que seja possível considerar sua participação como parte interessada nesse cenário de desenvolvimento das capacidades humanas em todos os seus aspectos.

4 COOPERAR, DESGLOBALIZAR E O PAPEL DOS ESTADOS FRONTEIRIÇOS

Em relatório divulgado pela OPS⁶ sobre Saúde nas Américas, na análise do perfil da Argentina, as perspectivas de medidas para a obtenção de cobertura universal da saúde à população estão em seus estágios iniciais se comparado ao Brasil.

No país de Los Hermanos⁷, intensificou-se nos últimos anos a criação de Programas de saúde a fim de melhorar a estratégia para o enfrentamento das desigualdades na saúde, conforme o público-alvo a ser atingido, a exemplo do Programa Sumar, que transfere renda às províncias que possuem os valores baixos em indicadores como expectativa de vida ou pobreza estrutural (OPS, 2023).

De toda forma, o desafio da Argentina em combater a desigualdade na saúde é demasiadamente maior que no Brasil, pois o índice de pobreza supera 42%⁸ da população contra 5,7%⁹ no Brasil para o ano de 2020.

⁶ Disponível em: [Perfil do País - Argentina | Saúde nas Américas \(paho.org\)](#). Acesso em 15 ago. 2023.

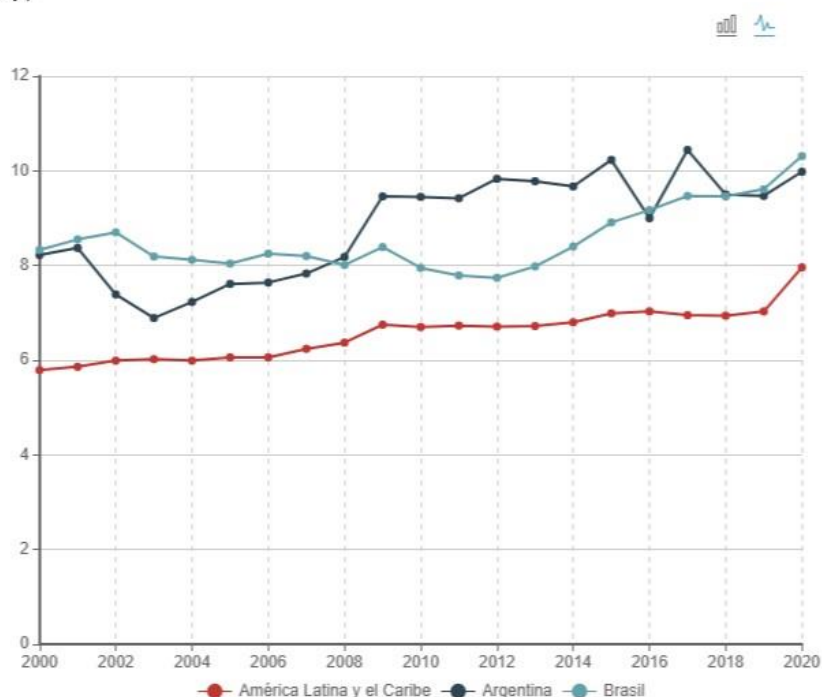
⁷ Referência dos brasileiros ao povo argentino em razão da fronteira entre os dois países.

⁸ Disponível em: [Perfil do País - Argentina | Saúde nas Américas \(paho.org\)](#). Acesso em 15 ago. 2023.

⁹ Disponível em: [Perfil do País - Brasil | Saúde nas Américas \(paho.org\)](#). Acesso em 15 ago. 2023.

Gasto corriente total en salud como porcentaje del producto interno bruto

(Porcentaje)



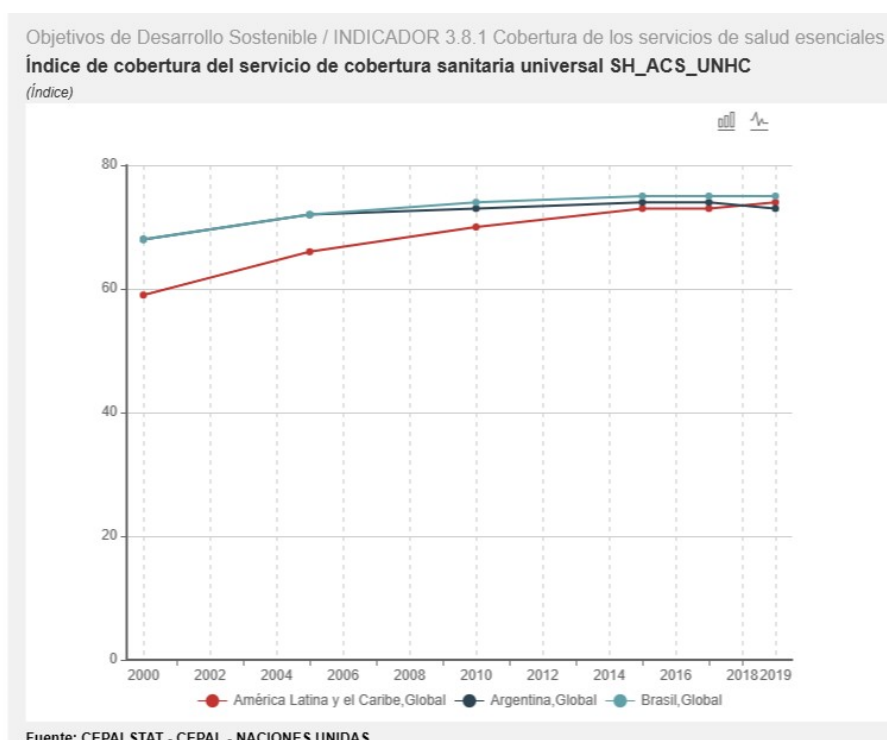
Fuente: CEPALSTAT - CEPAL - NACIONES UNIDAS

O gráfico comparativo entre os dois países e a América Latina e o Caribe¹⁰ demonstra que, apesar de boa parte do período analisado (2008 a 2018) a Argentina possuir um percentual de gasto corrente total em saúde se comparado ao seu PIB superior ao do Brasil e dos demais países, apenas superado em 2020. Logo, todo esse investimento (“gasto”) deixa de surtir efeitos práticos de forma satisfatória para combater o alto índice de pobreza registrado no país.

O gráfico abaixo¹¹ faz um comparativo com dados gerais da Argentina e do Brasil quanto à cobertura do serviço de saúde pública universal. Pode-se perceber que a Argentina possui 73% de cobertura, enquanto o Brasil em torno de 75% e a média da América Latina e Caribe, 74% de cobertura universal.

¹⁰ Disponível em: [Estadísticas e indicadores - CEPALSTAT Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas](#). Acesso em 15 ago. 2023.

¹¹ Disponível em: [Banco de datos regional para el seguimiento de los ODS en América Latina y el Caribe \(agenda2030lac.org\)](#). Acesso em 15 ago. 2023.



Os dados demonstram que há uma estagnação a partir do ano de 2015 na universalização do acesso ao sistema público de saúde nos países, sem evolução considerável, o que demonstra grandes preocupações para os governos desses países.

Pode-se verificar, pois, que há carência de distribuição e realização de saúde em dados estatísticos básicos, o que pode ser agravado frente à realidade em cada localidade ou regionalidade em que a pobreza é mais crítica.

Uma contribuição na busca de otimizar a universalização da saúde nesses países, com distribuição e realização, o que pode ensejar equidade na saúde pública, é, primeiro, aprimorar as bases informacionais do governo, através de outros programas e de suas bases de dados, como os de distribuição de renda, acesso à educação básica (matrículas), atendimento em postos de saúde (cadastro).

Outra medida é canalizar esforços para criar e implementar políticas públicas direcionadas e efetivas a fatores sociais previamente levantado a partir daquelas bases de dados. Nessa linha, a Argentina criou programas específicos como o Sumar, o Plano Nacional de Saúde Mental, o Plano Nacional de Qualidade, a Lei Nacional de Atenção Integral à Saúde e Atenção à Gravidez e à Primeira Infância em 2020, como medidas de ações direcionadas a público-alvo específico¹².

¹² Disponível em: [Perfil do País - Argentina | Saúde nas Américas \(paho.org\)](#). Acesso em 16 ago. 2023.

Como prescreve Banerjee e Duflo, a saúde tem o potencial de ser uma fonte de várias armadilhas distintas, citando como exemplo trabalhadores que vivem em ambiente insalubre tem grande probabilidade de ficarem enfermos e perder a capacidade de trabalho por vários dias; crianças nesses ambientes podem ficar doentes com maior frequência de perder alguns dias de educação, comprometendo seu aprendizado; mães que geram filhos nesses ambientes podem ter bebês enfermos (2021, p. 50).

Ainda que os países da América Latina estejam a caminho da obtenção de uma saúde pública universal, a experiência brasileira pode contribuir no aspecto da universalização e melhorias de gestão, mas é necessário mudar a política de Estado para uma atuação mais presente e efetiva a partir de dados previamente coletados, o que inclui aportes financeiros substanciais específicos nesses casos cujos dados assim confirmam e uma política nacional e universal de atendimento coordenado e multidimensional com corresponsabilidade entre diversos atores estatais, garantido por um Poder Judiciário também atuante e protagonista, como um aparelho do Estado que é.

Os problemas a serem resolvidos são comuns para todos os países da América Latina, não apenas no quesito da saúde e da educação, mas outros fatores que interferem no desenvolvimento das capacidades humanas.

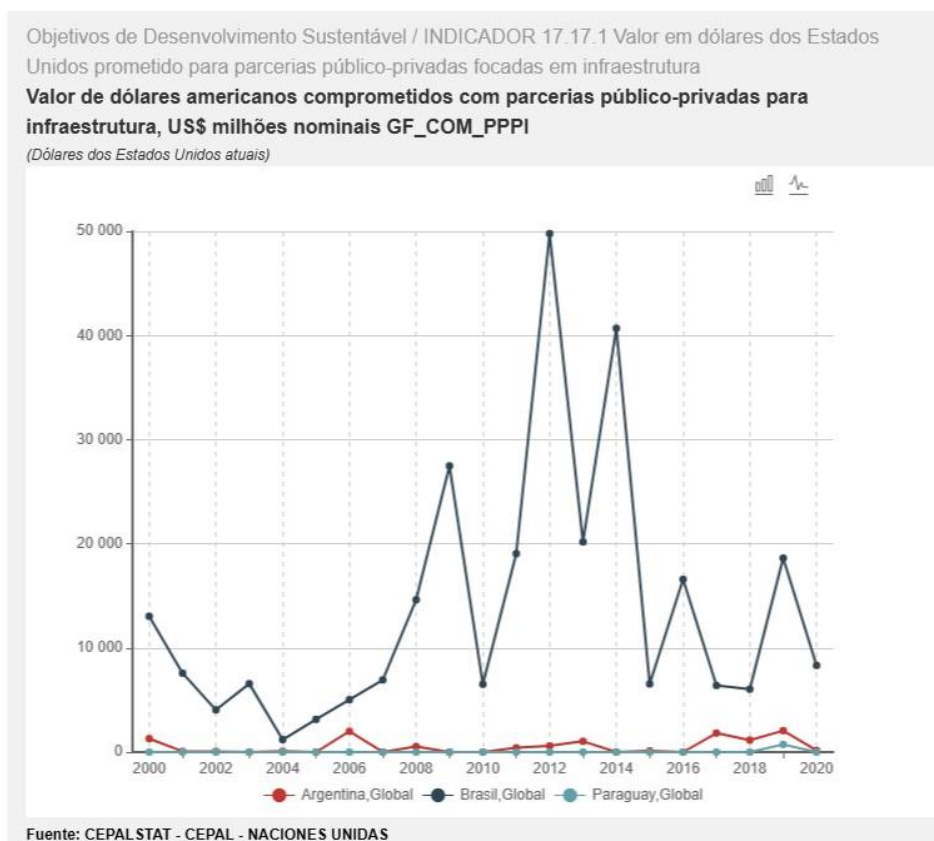
Para Nussbaum, os problemas que necessitam ser resolvidos são os econômicos, ambientais e políticos que possuem um alcance global e que somente podem ser resolvidos mediante aproximação e cooperação entre pessoas que residem no país vizinho, por exemplo (2017, p. 91).

Uma das propostas de desglobalização¹³ é a chamada desfronteirização, onde se permite a livre-circulação de pessoas – ao menos assim que espera em zonas de fronteira – em que a nacionalidade, a cultura, condição econômica, gênero ou etnia são questões sem importância para essa circulação livre entre os países (SOLÓN, 2019, p. 160).

Para uma visão da própria desglobalização, é possível somente a partir da descarbonização da economia, aniquilar ou frear o desmatamento e a destruição da biodiversidade, a partir de uma “dimensão humana e ambiental à frente do processo de integração” (SOLÓN, 2019, p. 161).

¹³ De acordo com Solón, 2019, p. 147: Desglobalizar-se não significa se isolar ou defender uma autarquia, mas impulsionar uma integração mundial diferente, que não esteja dominada pelo capital. É uma alternativa para pensar e construir uma integração que coloque no centro os povos e a natureza.

As metas do ODS 17.17 que mede o índice para implementação de parceria global para o desenvolvimento sustentável, no gráfico abaixo¹⁴, demonstra o caminho trilhado pelo Brasil, como referência, no investimento em parcerias público-privadas para infraestrutura, que reflete, conforme demonstrado aqui, em melhores condições de saúde e educação para a população.



Essas parcerias público-privadas podem ser implementadas a nível de regional e global, ou seja, entre os países fronteiriços como um papel de cooperação para transferência de boas práticas, tecnologia, inovação e desenvolvimento social entre as nações.

Percebe-se que o problema às vezes não está em dotação orçamentária para a implementação de determinada política pública, mas sim no acesso da pessoa vulnerável a tais políticas. Essa é uma analogia que se faz a partir da ideia defendida por Bregman de que investimentos em educação, por si só, não ajudam as pessoas, pois precisam ser retiradas da linha da pobreza (2018, s.p).

Para tanto, por ser um problema complexo, requer uma coordenação para implementação sofisticada. Kliksberg, ao tratar do assunto, defende a construção de bases de dados sobre o aspecto social amplas e de melhor qualidade, uma vez que nenhum Ministério ou

¹⁴ Disponível em: [Base de dados regional para monitoramento dos ODS na América Latina e no Caribe \(agenda2030lac.org\)](https://repositorio.cepal.org/publicaciones/pt/Agenda2030/indicadores/17-17-1). Acesso 16 ago. 2023.

ator institucional, por si só, tem condições de atingir as metas, assim como o progresso para uma equidade na saúde necessita de cooperação com um sistema educativo (1998, p. 371).

É importante lembrar que o Estado detém o monopólio das normas, que podem contribuir para que fatores externos (prejudiciais) deixam de possuir eficácia em território nacional (SANTOS, 2022, p. 89).

Ao mesmo tempo que se defende que a globalização jamais impedirá a constituição de um projeto a nível nacional (SANTOS, 2022, p. 91), porque o Estado possui a força normativa, é possível afirmar que a cooperação entre os países para promover o desenvolvimento, a sustentabilidade e os direitos humanos é possível a partir de acordos multilaterais e multissetoriais, como se propõe a Meta 17 do ODS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo pautou-se sobre cooperação multissetorial no combate a crises na América Latina no fortalecimento dos direitos humanos, do desenvolvimento e da sustentabilidade, e que a saúde e a educação são condições essenciais para a plena manutenção da vida do ser humano.

As condições de vida das pessoas são, comumente, vistas a partir de referência de dados e estatísticas oficiais por critérios econômicos. O estudo conseguiu apresentar o objetivo geral ao abordar o desempenho dos ODS no período pós-covid e constatou que sem a cooperação entre os países fronteiriços, com transferência de tecnologia, inovação, capital humano, mesmo com recursos financeiros robustos, são insuficientes para atenuar os impactos que a pobreza acarreta a vida das pessoas.

Afirmou-se que o envolvimento do Estado é de protagonismo uma vez que a proteção dos direitos humanos nas adversidades naturais da vida dos cidadãos como velhice, enfermidade e desemprego dependem não apenas de recursos financeiros, mas de políticas públicas mais efetivas.

É necessário criar uma cultura de conscientização à população em geral, mas em especial aos menos favorecidos sobre os benefícios do tratamento preventivo de inúmeras enfermidades, fazendo com que haja sua diminuição a curto e médio prazos mediante tratamento mediante boas práticas de saúde, além de garantir melhoria das capacidades das pessoas a partir de inserção de educação básica de qualidade, infraestrutura de saneamento básico a todos, fomento a empregos e criação de políticas públicas de acesso ao trabalho à

população com alto risco de vulnerabilidade social, cuja implementação dependerá da iniciativa privativa do Estado e em cooperação com a sociedade civil e o mercado de forma integrada.

A interrelação com a cooperação multissetorial e o alcance dos ODS para promover os direitos humanos nesses países. Como resultado, percebe-se que o envolvimento do Estado é de protagonista e deve promover cooperação com outros países de fronteira para a promoção como meio de combate a crises de justiça social na América Latina.

REFERÊNCIAS

ALVAREDO, Facundo; CHANCEL, Lucas; PIKETTY, Thomas et al (Org.). **Relatório da Desigualdade Mundial 2018**. Tradução de Livia de Almeida. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2020.

BANERJEE, Abhijit V.; DUFLO, Esther. **A economia dos pobres**. Tradução de Pedro Maia Soares. Zahar. Edição, 2021.

BREGMAN, Rutger. **Utopia para realistas: como construir um mundo melhor**. Tradução de Leila Couceiro. Rio de Janeiro: Sextante, 2018.

CARVALHO, AI. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 19-38.

COMIM, Flávio. **Além da liberdade: Anotações Críticas do Desenvolvimento como Liberdade de Amartya Sen**.

FARIA, Edimur Ferreira de; DAMASCENO, Luíza Mascarenhas. Governança Corporativa na Administração Pública. **Revista de Direito Administrativo e Infraestrutura**, São Paulo, vol. 8/2019, p. 153 – 169, Jan - Mar 2019. Online. Acesso em: 25 ago. 2019.

FORTINI, Cristiana; SHERMAM, Ariane. Governança pública e combate à corrupção: novas perspectivas para o controle da Administração Pública brasileira. *Interesse Público – IP*, Belo Horizonte, ano 19, n. 102, mar./abr. 2017. Disponível em: <<http://www.bidforum.com.br/PDI0006.aspx?pdiCntd=247339>>. Acesso em: 24 ago. 2019.

FRAZÃO, Ana. Programas de *compliance* e critérios de responsabilização de pessoas jurídicas por ilícitos administrativos. In: ROSSETTI, Maristela Abla; PITTA, Andre Grunspun. **Governança corporativa: avanços e retrocessos**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

FRYDMAN, Benoit. **O fim do estado de direito: governar para standards e indicadores**. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018.

KLIKSBERG, Bernardo. **Repensando o estado para o desenvolvimento social: superando dogmas e convencionalismos**. Tradução de Joaquim Ozório Pires da Silva. São Paulo: Cortez Editora, 1998.

LIMA, Priscila Luciene Santos de; NETO, Lourenço de Miranda Freire; RODRIGUES, Alinson Ribeiro. Governança trabalhista de impacto social: o afastamento remunerado para tratamento de saúde dos filhos. In: NASCIMENTO, Juliana Oliveira. **ESG: O Cisne Verde e o**

Capitalismo de Stakeholder: A Tríade Regenerativa do Futuro Global. São Paulo: Thomson Reuters Brasil.

MAZZUCATO, Mariana. **O Estado empreendedor**: desmascarando o mito do setor público vs. Setor privado. 1ª ed. São Paulo: Portfolio-Penguin, 2014.

MAZZUCATO, Mariana. **No desaprovechemos esta crisis**. Lecciones de la COVID-19. Traducción de Ramón González Ferriz. Barcelona-ES: Galaxia Gutenberg, 2021.

MORIN, Edgar. **É hora de mudarmos a via**: lições do coronavírus. 3ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2021.

NUSSBAUM, Martha. **Sem fins lucrativos**: Por que a democracia precisa das humanidades. Tradução de Fernando Santos. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2017.

RAMOS, Wagner; BARROS, Sérgio; VELOSO, Letícia. **Estratégias ESG e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**: Framework Conceitual e de Gestão (Portuguese Edition) (p. 20). Editora CRV. Edição do Kindle.

ROSSETTI, José Paschoal; ANDRADE, Adriana. **Governança corporativa**: fundamentos, desenvolvimento e tendências. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2014.

SAAVEDRA, Giovani Agostini. Ética de mercado: ESG como forma de concretização dos direitos fundamentais. In: NASCIMENTO, Juliana Oliveira. **ESG: O Cisne Verde e o Capitalismo de Stakeholder : A Tríade Regenerativa do Futuro Global**. São Paulo: Thompson Reuters Brasil, 2021.

SEN, Amartya; KLIKSBURG, Bernardo. **As pessoas em primeiro lugar**. A ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado. Tradução de Bernardo Ajzenberg e Carlos Eduardo Lins da Silva. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. Tradução de Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SEN, Amartya. **A ideia de justiça**. Tradução de Ricardo Doninelli Mendes Laila Coutinho. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

SEN, Amartya; KLIKSBURG, Bernardo. **As pessoas em primeiro lugar**: A ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado. Tradução de Bernardo Ajzenberg e Carlos Eduardo Lins da Silva. Companhia das Letras, 2010.

SOLÓN, Pablo. **Alternativas sistêmicas**: Bem Viver, decrescimento, comuns, ecofeminismo, direitos da Mãe Terra e desglobalização. Tradução de João Peres. São Paulo: Elefante, 2019.

ZAMBAM; Neuro José; LEAL, Dionis Janner. A pobreza como privação de capacitações (capabilities): referências sobre a necessidade de políticas públicas no Brasil em tempos de grave crise. In: **Revista de Direito e Desenvolvimento**. Vol. 11. N° 2. Jul/Dez 2020.