XIII ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI URUGUAI – MONTEVIDÉU

DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS II

DIVA JÚLIA SOUSA DA CUNHA SAFE COELHO

FABRÍCIO VEIGA COSTA

Copyright © 2024 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

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

Diretoria – CONPEDI
Presidente - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - FMU – São Paulo
Diretor Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC – Santa Catarina
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 - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP - Pernambuco

Representante Discente: Prof. Dr. Abner da Silva Jaques - UPM/UNIGRAN - Mato Grosso do Sul

Conselho Fiscal:
Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - UFMA - Maranhão
Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - SKEMA/ESDHC/UFMG - Minas Gerais
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UFERSA - Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Fernando Passos – UNIARA - São Paulo
Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP - São Paulo
Secretarias
Relações Institucionais:
Prof. Dra. Claudia Maria Barbosa - PUCPR - Paraná
Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia
Profa. Dra. Daniela Marques de Moraes - UNB - Distrito Federal
Comunicação:
Prof. Dr. Robison Tramontina - UNOESC - Santa Catarina
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe
Relações Internacionais para o Continente Americano:
Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão
Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto - UPM – São Paulo
Relações Internacionais para os demais Continentes:
Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará
Profa. Dra. Sandra Regina Martini - UNIRITTER / UFRGS - Rio Grande do Sul
Profa. Dra. Maria Claudia da Silva Antunes de Souza - UNIVALI – Santa Catarina
Eventos:
Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - FDF - São Paulo
Profa. Dra. Norma Sueli Padilha - UFSC - Santa Catarina
Prof. Dr. Juraci Mourão Lopes Filho - UNICHRISTUS - Ceará

Membro Nato – Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UNICAP – Pernambuco

D597
DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS II
[Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI
Coordenadores: Diva Júlia Sousa Da Cunha Safe Coelho, Fabrício Veiga Costa – Florianópolis: CONPEDI, 2024.
Inclui bibliografia
ISBN: 978-85-5505-975-9
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: ESTADO DE DERECHO, INVESTIGACIÓN JURÍDICA E INNOVACIÓN
1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – 2. Direitos. 3. Garantias fundamentais. XIII ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI URUGUAI – MONTEVIDÉU (2: 2024 : Florianópolis, Brasil).
CDU: 34



Conselho Nacional de Pesquisa
e Pós-Graduação em Direito Florianópolis
Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br

XIII ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI URUGUAI – MONTEVIDÉU

DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS II

Apresentação

TEXTO DE APRESENTAÇTEXTO DE APRESENTAÇÃO

GT- DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS II

XIII ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI URUGUAI – MONTEVIDÉU

No dia 19 de setembro de 2024, os professores Fabricio Veiga Costa (Universidade de Itaúna –MG), Diva Júlia Sousa Da Cunha Safe Coelho (Universidade Federal de Goiás) coordenaram o GT- DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS II, no XIII ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI URUGUAI – MONTEVIDÉU.

O GT DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS II foi criado para debater, dentre tantos temas pertinentes ao Estado Democrático de Direito, os desafios enfrentados pelas sociedades plurais, marcadas pela diversidade e desigualdades sociais, em efetivar os direitos fundamentais previstos no plano constituinte e instituinte.

A desinformação divulgada eletronicamente por meio das fake News; o papel do poder Judiciário na proteção dos direitos humanos; os desafios jurídicos da governança corporativa na efetividade dos direitos humanos; a tutela processual da privacidade no âmbito da jurisprudência brasileira; o combate ao discurso de ódio e ao extremismo frente à indispensabilidade de políticas públicas voltadas aos chamados “cidadãos difíceis”; os desafios quanto à aplicabilidade e efetividade da lei geral de proteção de dados; estudos e debates de gênero no sistema educacional brasileiro; o direito fundamental à saúde mental das mães atípicas; a violação do direito fundamental à intimidade de crianças e adolescentes pelas práticas do sharenting por pais e responsáveis nas redes sociais; o direito fundamental à saúde na perspectiva comparativa do Brasil, Argentina e Uruguai foram os temas apresentados e discutidos no primeiro tempo do referido grupo de trabalho.

Em seguida, no segundo bloco de apresentações foram debatidos os seguintes temas: necessidade de regulamentação das plataformas digitais como forma de garantir a segurança na era digital; a jornada do órfão no Brasil e o informativo 806 STJ; a importância do ensino do direito tributário na formação da cidadã fiscal no Brasil; as normas promocionais e o

marketing social para combater e conscientizar discriminações proibidas em face dos direitos fundamentais; a importância do acesso à justiça na efetivação do direito fundamental à saúde; o crédito presumido de imposto de renda nas sociedades empresárias multinacionais; lawfare frente ao princípio do devido processo legal; o direito fundamental à educação da pessoa com deficiência no contexto da ADI 7028; inteligência artificial, racismo algoritmo e proteção jusfilosófica dos direitos fundamentais.

Os temas apresentados contribuíram diretamente para o despertar a curiosidade epistemológica, a necessidade de luta incessante pelos direitos fundamentais, numa sociedade desigual, excludente e preconceituosa, cujo texto da Constituição brasileira vigente privilegia o cidadania e a dignidade da pessoa humana, vistas como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil.

Fabrício Veiga Costa

Professor do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Proteção dos Direitos Fundamentais da Universidade de Itaúna –MG-. Doutorado e mestrado em Direito. Pós-doutorado em Educação, Psicologia e Direito. Especializações em Direito Processual, Direito de Família e Direito Educacional.

Diva Júlia Sousa Da Cunha Safe Coelho

Universidade Federal de Goiás

A SAÚDE SUL AMERICANA SOB JULGAMENTO: NOVAS PERSPECTIVAS SOBRE O ACESSO À SAÚDE NA BRASIL, ARGENTINA E URUGUAI

SOUTH AMERICAN HEALTH UNDER SCRUTINY: NEW PERSPECTIVES ON ACCESS TO HEALTHCARE IN BRAZIL, ARGENTINA AND URUGUAY

Rodrigo Róger Saldanha
Mayara Grasiella Silvério
Gabrielli Vitória Ribeiro

Resumo

Este artigo aborda como objetivo geral o direito à saúde como um direito humano fundamental e sua respectiva efetivação em três países da América do Sul, sendo Brasil, Argentina e Uruguai, especialmente no que tange à necessidade de judicialização para a garantia desse direito. Tem como objetivos específicos, primeiramente, compreender a garantia do direito à saúde, consagrado em diversas constituições e tratados internacionais, é um escopo fundamental, contudo, a análise comparativa dos sistemas de saúde desses países revela que, apesar dos avanços legislativos e estruturais, a concretização equitativa do direito à saúde ainda enfrenta desafios significativos. Outro objetivo específico refere-se a uma análise da frequente judicialização utilizada para assegurar esse direito, evidenciando falhas nos sistemas de saúde, assim, a falta de dados precisos sobre a judicialização dificulta uma análise completa e a formulação de políticas eficazes para melhorar a equidade e a eficiência dos serviços de saúde. A pesquisa, concentrada no direito constitucional contemporâneo, utilizou uma abordagem quantitativa, exploratória e descritiva para investigar a complexidade da judicialização da saúde na América do Sul. Na conclusão, pode-se destacar que apesar dos avanços legislativos, a efetivação equitativa do direito à saúde enfrenta obstáculos como a falta de financiamento adequado. A judicialização, embora necessária em muitos casos, aponta lacunas na implementação efetiva das políticas de saúde, ressaltando a necessidade de melhorias contínuas e investimentos na coordenação e integração dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Direito fundamental, Direito à saúde, América do sul, Dignidade humana

Abstract/Resumen/Résumé

This article aims to examine the right to health as a fundamental human right and its implementation in three South American countries: Brazil, Argentina, and Uruguay, with a particular focus on the need for judicial action to guarantee this right. The specific objectives are, firstly, to understand the guarantee of the right to health, enshrined in various constitutions and international treaties, as a fundamental scope. However, the comparative analysis of the health systems in these countries reveals that despite legislative and structural advances, the equitable realization of the right to health still faces significant challenges.

Another specific objective involves analyzing the frequent judicialization used to secure this right, highlighting failures in the health systems. The lack of precise data on judicialization hinders a complete analysis and the formulation of effective policies to improve the equity and efficiency of health services. The research, focused on contemporary constitutional law, utilized a quantitative, exploratory, and descriptive approach to investigate the complexity of health judicialization in South America. In conclusion, it can be highlighted that despite legislative advances, the equitable realization of the right to health faces obstacles such as inadequate funding. Judicialization, while necessary in many cases, points to gaps in the effective implementation of health policies, emphasizing the need for continuous improvements and investments in the coordination and integration of health services.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Fundamental rights, Right to health, Latin america, Human dignity

INTRODUÇÃO

A saúde como direito humano é reconhecida internacionalmente por meio de Tratados Internacionais como a Declaração Universal dos Direitos Humanos e o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, dos quais Brasil, Argentina e Uruguai são signatários. Estes instrumentos reforçam a obrigação dos Estados em garantir o acesso equitativo e universal à saúde, refletindo o compromisso internacional com a promoção e proteção desse direito basilar, sob uma perceptiva de direito fundamental. Dessa forma, compreender a saúde como um direito básico, é garantir o acesso equitativo aos cuidados de saúde, a prevenção de doenças e a proteção da saúde mental e emocional de todas as pessoas, independes de sua nacionalidade, sexo, raça ou cor.

A pesquisa abordará sobre o direito à saúde como um direito humano e sua efetivação nos países da América do Sul, especialmente Brasil, Argentina e Uruguai, principalmente quanto a necessidade de judicialização para a garantia desse direito fundamental.

No Brasil, apesar do Sistema Único de Saúde (SUS), se comprometer a garantir acesso universal e igualitário à saúde, a desigualdade no acesso permanece um desafio significativo. O SUS, regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, enfrenta problemas de subfinanciamento e infraestrutura inadequada, intensificado por crises econômicas e sanitárias. De forma que a judicialização da saúde no país reflete essas limitações.

Na Argentina, o sistema de saúde é tripartite, composto pela saúde pública, seguridade social e setor privado. Apesar de um histórico vasto de regulamentações, desafios persistem devido à descentralização e à distribuição desigual de recursos, refletindo-se também no acesso e na judicialização da saúde.

O Uruguai, com sistema de saúde dual composto por um setor público robusto e um setor privado complementar. As reformas significativas realizadas entre 2005 e 2010 levaram à criação do *Sistema Nacional Integrado de Salud* (SNIS), que é amplamente reconhecido por sua cobertura e qualidade. No entanto, a unificação do sistema compromete a equidade e a eficiência dos serviços de saúde. A judicialização da saúde no Uruguai, embora menos aparente, também apresenta desafios que precisam ser abordados, como a falta de dados precisos sobre o número de casos e resoluções.

Desta forma, através de uma análise comparativa, este artigo busca compreender se o direito à saúde está sendo concretizado a toda população de forma equitativa na América do Sul, especialmente no Brasil, Argentina e Uruguai, ou se a judicialização da saúde está sendo utilizada para garantir esse direito.

Para a elaboração dessa pesquisa utilizou–se uma abordagem quantitativa, exploratória e descritiva, para investigar a complexidade da judicialização da saúde na América do Sul, com foco nos sistemas de saúde do Brasil, Argentina e Uruguai. A coleta de dados envolveu uma análise abrangente de fontes variadas, dentre elas as legislações nacional e internacional, relatórios institucionais, dados judiciais e artigos científicos. Além disso, parte da pesquisa foi dedicada a analisar a judicialização da saúde nos países mencionados, investigando o papel do sistema judicial na efetivação do direito à saúde. Isso envolveu a análise de dados quantitativos dos processos judiciais relacionados à saúde, obtidos por meio de consultas às bases de jurisprudência dos países estudados, já que, especialmente na Argentina e no Uruguai, não foram achados relatórios com dados sobre a judicialização da saúde.

2 A SAÚDE COMO UM DIREITO HUMANO NA América do Sul APÓS A REDEMOCRATIZAÇÃO

O restabelecimento da democracia nos países América do Sul, representou um marco decisório na efetivação dos direitos humanos na região. Esse período ficou destacado pela promulgação de novas constituições e pela ratificação de tratados internacionais que garantiram diversos direitos basilares, inclusive o direito à saúde. Desta forma, países como Brasil, Argentina e Uruguai, ao internalizar esses princípios, assumiram um papel preponderante na acessão da saúde como um direito fundamental. A adesão a instrumentos internacionais, como o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e a Convenção Americana sobre Direitos Humanos, consolidou o compromisso desses países com a proteção do direito à saúde.

O retorno dos regimes democráticos na América do Sul, a partir da década de 1980, oportunizou a agnição dos direitos humanos, sendo os mais relevantes a adoção de novas Constituições que acrescentaram novos direitos fundamentais aos países latinos e a ratificação de tratados internacionais de direitos humanos aos ordenamentos internos com status constitucional, além do reconhecimento da jurisdição da Corte Interamericana de Direitos Humanos por vinte e um países da região (Weyl, 2010).

O reconhecimento da saúde como um direito humano foi concretizado internacionalmente na Declaração Universal dos Direitos Humanos[1] (DUDH, 1948), que

[1]Artigo 25: 1. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

reconhece esse direito para que toda pessoa tenha o padrão de vida necessário para sua saúde e bem-estar. Em 2005, essa premissa foi reforçada através da criação da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, que afirma que "a promoção da saúde e do desenvolvimento social para a sua população é objetivo central dos governos, partilhado por todos os setores da sociedade" (UNESCO, 2005, p. 8).

Além disso, a preocupação com o direito a saúde em um viés internacional veio para proteger a dignidade da pessoa humana, de forma a estabelecer políticas públicas para garantir a efetivação desse direito (Schwartz; Camillis, 2022). Nesse contexto, o Brasil, a Argentina e o Uruguai, ao incorporarem em seus sistemas essas declarações, assumiram um papel preponderante como garantidor dos direitos à saúde não apenas frente à sua própria população, mas também frente à comunidade internacional de países.

Além disso, a preocupação com o direito a saúde em um viés internacional veio para proteger a dignidade da pessoa humana, de forma a estabelecer políticas públicas para garantir a efetivação desse direito (Schwartz; Camillis, 2022). Diversos Tratados Internacional que tratam sobre direitos humanos foram ratificados pela Argentina, Brasil e Uruguai, sendo o percursor, o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1966, que afirma ser direito de todas as pessoas o mais alto padrão de saúde física e mental. Posteriormente foi criada a Convenção Americana sobre Direitos Humanos, que garante a todas as pessoas o direito à saúde, bem-estar e cuidados médicos (Pacto de San José da Costa Rica, 1969).[2]

Ademais, o Comitê sobre Direitos Sociais, Econômicos e Culturais das Nações Unidas criou a Recomendação Geral nº 14, de 2000, "que trata do direito de toda pessoa desfrutar do mais alto nível possível de saúde física e mental" (Oliveira, 2010, p. 93). Subsequentemente foi criada a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência[3] (2006), que reconheceu o direito das pessoas com deficiência à saúde.

Outrossim, em 2015, a Organização das Nações Unidas (ONU) desenvolveu os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), e em seu o Objetivo 3 propõe aos seus estados-membros assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para a população residente.

Ao analisarmos os tratados voltados à proteção dos direitos humanos e a promoção da saúde, podemos verificar que o direito à saúde é basilar na busca da dignidade da pessoa humana, já que é um instrumento para garantir uma vida digna e longuinha. Nesse sentido,

[2]Convenção Americana sobre Direitos Humanos
[3]Assembleia Geral das Nações Unidas

Herrera Flores (2009, p.31), argumenta que a dignidade humana "é um fim material. Trata-se de um objetivo que se concretiza no acesso igualitário e generalizado aos bens que fazem com que a vida seja 'digna' de ser vivida".

Infelizmente, nem todos possuem os mesmos instrumentos e meios para conduzir suas batalhas pelo alcance aos recursos essenciais para assegurar sua dignidade (Herrera Flores, 2009). A desigualdade social é um problema discutido desde o início da colonização, a distribuição de riquezas e poderes sempre colocou a maior parcela da sociedade em desvantagem. Neste sentido, Prata (1994, p. 388) enfatiza que "a economia política da saúde leva em consideração a existência de relações econômicas que criam desigualdades na renda, na riqueza e na saúde em particular".

A partir do século XX, a América do Sul registrou mudanças significativas no ordenamento dos direitos internos. Após decênios de regimes ditatoriais que negavam direitos políticos, a região avançou em direção a democracias constitucionais, firmando Estados organizados sobre uma base cidadã, focados na proteção dos direitos fundamentais e na promoção dos direitos humanos (Weyl, 2010).

Os países da América do Sul demonstram contextos muito distintos, que vão desde a cultura até a organização política. Contudo, no processo de constitucionalização, ambos foram palco de políticas liberais, especialmente no que se refere aos direitos individuais e ao sistema de presidencialismo. A partir da década de 40 esses países vêm evoluindo e incluindo direitos sociais em suas constituições (Cyrillo, 2020).

A Argentina e o Brasil são Estados Federados, já o Uruguai é um Estado Unitário, de forma que possui uma só constituição e órgãos soberanos no país, possuindo autonomia, autoridade, ordenamento jurídico único e centralização da decisão política (Pureza; Juste Ruiz, 2019).

Por outro lado, Estados Federados possuem distribuição de competência, por exemplo, no Brasil, as competências comuns dos três Entes Federativos estão elencadas no artigo 23 da Constituição da República, já algumas competências exclusivas da União estão dispostas no artigo 21 da Carta Magna. No que tange o direito à saúde, especialmente a pública, é de competência comum dos Entes Federativos.

3 RELATÓRIO JUSTIÇA EM NÚMEROS 2023 E A JUDICIALIZAÇÃO DA VIDA NO BRASIL

Embora o Brasil seja um país em ascensão, a desigualdade no acesso à saúde persiste como um desafio crítico. O direito à saúde, consagrado no artigo 196 da Constituição Federal e operacionalizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), enfrenta barreiras impostas pelas disparidades socioeconômicas e pela infraestrutura inadequada. Desta forma, a crescente judicialização da saúde no país sublinha a urgência de abordar sobre as desigualdades no acesso à saúde para garantir um uma saúde única, universal e gratuita, preceitos impostos pela constituição do país.

Consoante o censo de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população brasileira chegou a 203.080.756 pessoas (IBGE, 2022), demonstrando um aumento significativo ano após ano. Contudo, a desigualdade no acesso à saúde ainda é um problema enfrentado pela população. A igualdade de direitos, especialmente no que diz respeito ao acesso equitativo à saúde, está cada vez mais distante, "os problemas enfrentados por populações mais vulneráveis – como pobreza, falta de água potável e saneamento, dificuldade de acesso à educação e moradias precárias – são intensificados na saúde" (Rocha *et al.*, 2020, p. 385)

Um estudo da Fiocruz Bahia (2022) demonstrou que as desigualdades sociais no Brasil, especialmente durante a pandemia, são dessemelhantes entre as regiões Norte-Nordeste e Sul-Sudeste. Segundo estudo de Silva *et al.*[4](2020), nas regiões Norte-Nordeste, onde a população possui um Índice de Vulnerabilidade Social de média a alta, essa premissa foi reforçada durante a pandemia, já que foi a região do Brasil que mais teve dificuldade de acesso a atendimento e consequentemente, tratamento.

No cenário atual, a saúde pública desponta como um dos pilares fundamentais dos direitos humanos, ultrapassando as fronteiras nacionais do Estado brasileiro e refletindo seu compromisso internacional na promoção e proteção à saúde. No Brasil, a saúde como direito fundamental está prevista no art. 196 da Constituição da República[5]. O sistema de saúde no Brasil é dual, permitindo que a população contrate um serviço de saúde privado ou opte pela saúde pública.

Nesse sentido, a Lei Orgânica da Saúde (LOS), nº 8.080/1990[6], e a Lei nº 8.142/1990 estabelecem as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo o direito à saúde como um dever do Estado brasileiro e um direito fundamental. A responsabilidade pelo custeio do

[4] Vulnerabilidade Social, Fome e Pobreza Nas Regiões Norte e Nordeste Do Brasil

[5]Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

[6]Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

SUS é de competência de todos os entes federados, ou seja, União, Estados e Municípios, por meio de verbas orçamentárias estabelecidas no Orçamento da Seguridade Social (OSS) (Menicucci, 2017).

Com a implantação do SUS, ocorreu o processo regulatório das atividades privadas de assistência à saúde, estabelecido pela Lei nº 9.656/1998. Essas atividades, já reconhecidas, passaram a ser reguladas oficialmente, enfraquecendo os princípios de universalidade e igualdade de acesso ao SUS (Menicucci, 2017).

Ademais, desafios como as disparidades sociais e econômicas no acesso aos serviços públicos de saúde, reformas neoliberais que obstruem a atuação do Estado, falta de infraestrutura adequada para atender toda a população necessitada e o surgimento de ameaças à saúde global e as crises humanitárias, implicam em conflitos éticos que reforçam desigualdades e exclusões em saúde, especialmente em países periféricos como o Brasil (Gottems; Mollo, 2020; Cunha et al., 2023).

Para analisar a situação de judicialização da saúde no país, o Conselho Nacional de Justiça desenvolveu um "Painel de Estatísticas Processuais de Direito da Saúde", utilizando como base de dados a Base Nacional de Dados do Poder Judiciário (DataJud). Constatou-se que, o Brasil, no ano de 2020, teve 223,63 mil processos novos relacionados à saúde, no ano de 2021 o número foi de 273,4 mil, em 2022 foram 312,63 mil ações e em 2023, 351,68 mil novas demandas. Anualmente, os processos judiciais relacionados à saúde vêm crescendo de forma acentuada e, atualmente, são mais de 598, 8 mil processos pendentes de resolução no país (CNJ, 2024).

A saúde pública no Brasil, embora garantida pela Constituição e regulada por diversas legislações, enfrenta obstáculos como disparidades socioeconômicas, infraestrutura inadequada e reformas neoliberais que dificultam a atuação do Estado. Esses fatores, juntamente com crises globais de saúde, agravam as exclusões e desigualdades, especialmente em áreas vulneráveis. A judicialização da saúde, refletida no crescente número de processos relacionados ao direito à saúde, evidencia a complexidade e a urgência de resolver essas questões para garantir o acesso equitativo e universal à saúde no Brasil.

4 DIREITO À SAÚDE NA ARGENTINA: UM DEVER DE RESPONSABILIDADE COMPARTILHADA

A Argentina, por possuir uma forma de gestão descentralizada, delega responsabilidades distintas a cada nível de governo na provisão de serviços públicos. As províncias possuem

autonomia legislativa, permitindo-lhes criar normas dentro de sua jurisdição, desde que não interfiram nas competências exclusivas do Congresso Nacional. O direito à saúde, afirmado na Constituição e reforçado por tratados internacionais, é garantido pelo Ministério da Saúde e estruturado em três subsistemas: saúde pública, seguridade social e saúde privada. Entretanto, a descentralização do sistema e a regulamentação limitada resultam em um sistema de saúde caro e mal distribuído, acentuando as desigualdades regionais e a exclusão social.

A Argentina é um estado federal composto por 23 províncias e a cidade autônoma de Buenos Aires. Cada nível de governo tem diferentes responsabilidades na provisão de bens e serviços públicos (Menicucci, 2017, p. 6). Além disso, as províncias antecedem a formação da nação e possuem todos os poderes que não são atribuídos ao governo federal. Dessa forma, elas podem legislar sobre diversos assuntos dentro de sua jurisdição, desde que não sejam de competência exclusiva do Congresso Nacional, incluindo a saúde (Menicucci, 2017).

A Constituição da Argentina, estabelece em seu artigo 123 que cada província tem autonomia para criar sua própria constituição, além disso, os municípios possuem independência política, administrativa, econômica e financeira (Argentina, 1994)[7].

O direito à saúde é expressamente declarado na Constituição da Nação da Argentina de 1994[8] e reforçado pelas incorporações de diversos tratados internacionais de direitos humanos com hierarquia constitucional no país. Desta forma, cabe ao Ministério de Saúde da Argentina, criado em 1949, garantir que esse direito esteja ao alcance de todos os cidadãos (Tobar, 2022). Neste sentido, o sistema de saúde na Argentina conta com três subsistemas: a saúde pública, que deve garantir o acesso à saúde a toda população, a seguridade social, que garante a saúde aos indivíduos com vínculo empregatício ou com inscrição no Regime Simplificado dos Pequenos Contribuintes, e o regime de saúde privada, que oferece cobertura mediante pagamento (INDEC, 2022).

Visando regulamentar o Sistema de Saúde Pública na Argentina, em 1947 foi instituída a Lei nº 13.012 que criou o Código de Saúde e Assistência Social e o Fundo Nacional de Saúde e Assistência Social. De igual forma, o Sistema das Obras Sociais foi instituído em 1970 pela Lei nº 18.610. A legislação dispôs sobre as regras para seu financiamento e funcionamento, bem como impôs que cada trabalhador possuísse filiação de assistência social correlato ao seu

[7]Artículo 123 Cada provincia dicta su propia constitución, conforme a lo dispuesto por el artículo 5º asegurando la autonomía municipal y reglando su alcance y contenido en el orden institucional, político, administrativo, económico y financeiro.

[8]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.

ramo de atividade (Argentina, 1970). A Lei foi revogada em 1980 pela Lei n° 22.269, que trouxe um novo regimento para as Obras Sociais (Argentina, 1980).

Em 1971, a Lei n° 19.032 criou o Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas, tornando obrigatória a filiação dos aposentados e pensionistas à assistência social, assim como ocorria com os trabalhadores (Argentina, 1971). Posteriormente, em 1981, o Ministério da Saúde criou o *Consejo Federal de Salud* (COFESA), que desempenha funções importantes e tem relevância significativa no sistema de saúde do país. A COFESA coordena as políticas de saúde das províncias e da cidade autônoma de Buenos Aires, além de elaborar recomendações e relatórios que auxiliam na resolução de questões sanitárias (Tobar, 2022).

No ano de 1989 o artigo 44 da Lei nº 23.660 revogou integralmente a Lei n° 22.269. De forma que, atualmente, a norma de 1989 é a que regulamenta sobre as Obras Sociais (Argentina, 1989). Até aquele momento apenas a Saúde Pública e as Obras Sociais eram regulamentadas, até que no ano de 2011 foi criada a Lei nº 26.682 com intuído de estabelecer um Marco Regulatório para as empresas de saúde privada, para os planos de adesão voluntária e os planos superiores ou complementares (Argentina, 2011). A Lei nº 26.682/2011 passou a dispor sobre a obrigatoriedade do Programa Médico Obrigatório (PMO) para o sistema de saúde privado. O PMO constitui um rol mínimo de benefícios que o sistema privado deve obrigatoriamente cobrir (Argentina, 2011).

Em decorrência da descentralização de poder e das poucas legislações nacionais que regulam o sistema de saúde, Cetrángolo e Devoto (2002, tradução nossa)[9] afirmam que o país possui um sistema de saúde caro e mal distribuído por conta da distribuição retrógrada de recursos e da exclusão social decorrente do desemprego e da desestabilização do trabalho.

Segundo o censo do *El Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina* (INDEC) a população da Argentina em 2022 contabilizava 45.892.285 pessoas (INDEC, 2022) e, embora 35% da população não possua seguridade social na saúde, os orçamentos governamentais para a saúde representam apenas uma fração do gasto total do país, destacando a grave desigualdade na cobertura sanitária na Argentina (Cetrángolo; Devoto, 2002, tradução nossa)[10]. O gasto da nacional com saúde em 2022 foi de 639.058.9 milhões de

[9]Argentina tiene una atención sanitaria costosa e injustam ente distribuida. La ineficiencia y la injusticia obedecen a razones profundas sobre las que es posible actuar si se cuenta con la voluntad política y la com petencia para hacerlo. A sim ism o, es obvio que las políticas de salud, por m ejor diseño y esfuerzos en su aplicación, serán incapaces de m origerar, por sí solas, los efectos y las consecuencias de una distribución m ás regresiva del ingreso y de la exclusión social asociada con el desem pleo y con la precarización laboral.

[10]Sabiendo que alrededor del 35% de la población no tiene seguro de salud y que una parte im portante de ella no lo usa o lo hace de m anera parcial (por opción o por dificultad de acceso), la población cubierta por el sector

pesos argentinos, enquanto em 2023 foi de 1.188.291.6 (Argentina, 2022), demonstrando que o governo ainda precisa injetar grandes recursos para garantir uma saúde de qualidade que repare toda a população.

Além disso, devido aos diversos subsistemas de saúde no país e à obrigatoriedade de trabalhadores, aposentados e pensionistas pagarem as Obras Sociais, a população que depende exclusivamente do sistema público é menor do que a população com seguro social, plano pré-pago ou plano estadual de saúde, totalizando 16.317.432 pessoas. A faixa etária predominante que utiliza apenas o sistema público é composta por pessoas de 0 a 29 anos (INDEC, 2022).

Cetrángolo e Devoto (2002, tradução nossa)[11] argumentam que uma das insuficiências no sistema de saúde pública do país se dá pela falta de equidade na distribuição dos gastos sociais, já que o sistema segue o modelo quase exclusivo em serviços hospitalares, destinando quase todo recurso em níveis secundários (doenças graves e internações), terciário (doenças de alta complexidade) ou emergência. De forma que, o recurso para atenção primária de prevenção de doenças é escasso.

A Corte Suprema de Justiça da Nação Argentina, é o Tribunal que representa a última instância do sistema judicial do país, acolhendo demandas de todo o país, por meio de recurso extraordinário ou de jurisdição originária (Gotlieb; Yavich; Báscolo, 2016, tradução nossa)[12]. Sendo assim, o poder Judiciário tem o papel de promover a validade dos direitos e incitar os demais poderes a reconhecer lacunas no sistema e estabelecer recursos para assegurar o direito à saúde (Gotlieb; Yavich; Báscolo, 2016, tradução nossa).[13]

---

público supera holgadam ente el 40% de la total. Esta porción, adem ás, incluye a los habitantes m ás pobres de las zonas urbanas m arginales y de las áreas rurales de nuestras provincias m ás atrasadas. Sin em bargo, la sum a de los presupuestos de los diferentes niveles de gobierno escasam ente alcanza la quinta parte del gasto en salud del país. Este es sólo un indicador de la seria iniquidad de la cobertura sanitaria en Argentina.

[11]Adicionalm ente, la salud pública, al seguir un m odelo basado casi exclusivam ente en la actividad hospitalaria, destina casi todos sus recursos al nivel secundario (patologías más serias que requieren cuidados especiales o internación), al terciario (alta com plejidad) y a las em ergencias. Este tipo de asignación del presupuesto va en desm edro del desarrollo de program as de atención primaria, que son la puerta de entrada natural al sistem a de atención m édica y m ás costo- efectiva en el largo plazo. En cambio, el sistem a presenta una expansión desm edida de algunos proveedores; un elevado núm ero de m édicos (en particular de especialistas), y con un exceso de equipam iento caro y subutilizado y de cam as hospitalarias y sanatoriales.

[12] La Corte constituye la máxima instancia del sistema judicial del país y recibe litigios de todo el país. Su intervención puede producirse por vía del recurso extraordinário o competencia originaria. El primer escenario trata de casos que involucran la interpretación de normas federales y/o la vulneración de un derecho constitucional; el expediente llega a la Corte tras haber transitado instancias judiciales previas ante tribunales federales o provinciales. El segundo escenario corresponde a casos em que una provincia es parte en el juicio, lo cual inhabilita la actuación de sus tribunales y, por lo tanto, se requiere la actuación de la Corte como tribunal de primera instancia

[13]El Poder Judicial desempeñaría una función dialógica, promoviendo la vigencia de los derechos, instando a los otros poderes a identificar los fallos del sistema y definición de mecanismos para garantizar el derecho a la salud. rgentina es un país de organización federal, cuyo sistema de salud se estructura a partir de tres sub-sistemas: el público (financiado y provisto por estructuras nacionales, provinciales y municipales), el privado (organizado a través de entidades de medicina prepaga) y la seguridade social (financiado por obras sociales sindicales, provinciales y nacionales y provisto por efectores propios o del sector privado).

Gotlieb, Yavich e Báscolo (2016, tradução nossa) explicam que em 2016 foram identificadas 125 sentenças sobre direito à saúde na Corte Suprema, e as demandas fundamentam-se no direito constitucional à saúde regulamentado em decretos e tratados internacionais de direitos humanos assinados pela Argentina.[14]

Em 2024 não foram encontradas informações precisas sobre o número de judicializações acerca do direito à saúde, contudo, em consulta à *Secretaria de Jurisprudência da Corte Suprema de Justicia de La Nacion Argentina,* utilizando o descritor "*derecho a la salud*" foi possível obter um resultado de 451 jurisprudências acerca do tema (Argentina, 2024). Contudo, "estima-se que o litígio na Argentina teria pouca capacidade de reduzir as iniquidades em saúde, mas seus efeitos são incertos" (Gotlieb; Yavich; Báscolo, 2016, p.32, tradução nossa)[15]

A descentralização do sistema de saúde na Argentina leva ao país desafios significativos, já que a falta de coordenação entre os níveis de governo resulta em uma distribuição desigual de recursos, agravando as disparidades regionais. Além disso, a escassez de dados precisos dificulta a análise e o planejamento eficaz, impedindo a formulação de políticas públicas que abordem de forma abrangente as necessidades de saúde da população. Isso reflete a complexidade de administrar um sistema de saúde descentralizado, onde a falta de informações detalhadas e confiáveis compromete a eficácia das ações governamentais e a equidade no acesso aos serviços de saúde.

5 GARANTIA DA SAÚDE NO URUGUAI: UM COMPROMISSO UNIFICADO

O sistema de saúde do Uruguai, caracteriza-se por um modelo dual, composto pelo setor público e privado, de forma que o *Servicio Nacional de Salud,* responsável pelo setor público, garante acesso gratuito aos serviços de saúde, enquanto o setor privado oferece alternativas pagas. Todavia, o sistema possui diversos desafios para sua concreta efetivação, como a descentralização do sistema e a carência de dados precisos, comprometendo a análise e planejamento eficazes das políticas de saúde.

Segundo o Censo de 2023 do *Instituto Nacional de Estadística* (INE), o Uruguai possuía cerca de 3.444.263 habitantes, dos quais 95% residem em áreas urbanas. O país é dividido em 19 departamentos administrativos, e a capital, Montevidéu, abriga cerca de metade da

[14]Se identificaron 125 sentencias. Las reclamaciones de cobertura de prestaciones de salud se amparan mayoritariamente em el derecho constitucional a la salud, respaldado por leyes, decretos y tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Argentina.

[15]En este marco, se estima que el litigio en Argentina tendría una escasa capacidad para reducir las inequidades en salud, pero sus efectos son inciertos.

população total (Instituto Nacional de Estadística, 2023; Ministério das Relações Exteriores *et al.*, 2023).

O sistema de saúde do Uruguai é dual, composto por um setor público, o *Servicio Nacional de Salud*, e um setor privado. Sendo assim, o acesso aos serviços de saúde é gratuito para os cidadãos uruguaios, mas existem serviços privados disponíveis para aqueles que podem pagar por eles. A tecnologia tem sido utilizada para aumentar a eficiência dos serviços, incluindo a implementação de registros eletrônicos de saúde e sistemas de telemedicina (Arce, 2023).

Em 1934, a Lei Orgânica nº 9.202 de Saúde Pública criou o *Ministério de Salud Pública* (MSP). No ano seguinte foi criado o Centro de Assistência ao Sindicato Médico Uruguaio[16] (CASMU, tradução nossa), que se tornou um pilar fundamental do crescimento do setor privado de saúde no país (Selanes, 2009). No ano de 1975, a Lei nº 14.407 institucionalizou o seguro saúde com a criação da Administração do Seguro Social de Doenças (ASSE), garantindo assistência médica completa e subsídios financeiros para segurados durante a doença ou invalidez temporária (Selanes, 2009).

De 2005 a 2010, iniciou-se uma profunda reforma do setor saúde, focada na construção de um Sistema de Saúde Integrado Nacional, que está em funcionamento até hoje. A reforma baseia-se em três pilares: organizacional, financeiro e modelo de atenção (Aran, 2011). As reformas começaram com a eleição de uma coalizão de esquerda em 2004, que introduziu mudanças nos modelos de atenção, financiamento e gestão (Pereira *et al.*, 2012).

A Lei nº 18.211 de dezembro de 2007 criou o *Sistema Nacional Integrado de Salud* (SNIS), definindo a proteção à saúde como um direito de todos os residentes do país (Sollazzo;Berterretche, 2011). O SNIS visa prover saúde universal e equilibrada por meio de políticas públicas do Estado, em resposta à crise econômica de 2001. Ele é fundamentado em princípios como promoção da saúde, intersetorialidade de políticas, cobertura universal, sustentabilidade dos serviços, equidade, prevenção, integralidade, humanização, respeito às escolhas dos usuários, participação social, solidariedade no financiamento e eficiência econômica (Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde, s/a).

O SNIS é considerado um dos melhores sistemas de saúde do mundo. Seu financiamento é múltiplo, utilizando recursos públicos, contribuições de empregadores e empregados (Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde, s/a). O *Plan Integral de Atención en Salud*

[16] *Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay* (CASMU)

(PIAS) define um pacote básico de serviços obrigatórios que todos os estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, devem oferecer (Ministério de Saúde Pública, 2022).

A constituição uruguaia define a saúde como um direito essencial e um bem público. O Estado é responsável por garantir atendimento médico gratuito aos cidadãos que não possuem meios para pagá-lo (Luz, s/a). O artigo 44 da Constituição de 1967 estabelece que o Estado legislará em todas as questões relacionadas à saúde e higiene públicas, visando o aperfeiçoamento físico, moral e social de todos os habitantes. Todos os cidadãos têm o dever de cuidar da sua saúde, e o Estado deve fornecer gratuitamente os meios de prevenção e assistência apenas aos menos favorecidos (Uruguai, 1967).

Cerca de 37% da população é atendida no setor público, gerido pela *Administración de Servicios de Salud del Estado* (ASSE), que recebe apoio da *Universidad de La República* através do Hospital de Clínicas. Membros das forças armadas e policiais têm provedores específicos sob a responsabilidade do Ministério da Defesa e do Ministério do Interior, representando cerca de 5% da população. O setor privado, que atende aproximadamente 56% da população, é gerido principalmente pelas *Instituciones de Asistencia Médica Colectiva* (IAMC), que oferecem unidades de atendimento para beneficiários da segurança social e fornecem seguros voluntários para a população com capacidade de pagamento (Luz, s/a).

Alice Prezotto Iankowski (2014) enfatiza que, ao contrário do Brasil, o sistema de saúde uruguaio não é universal. No Uruguai, a universalidade aplica-se somente a casos de urgência e emergência, por meio de um "carnê de saúde pública" com diferentes categorizações de gratuidade, baseado em critérios de pobreza. Trabalhadores assalariados que contribuem para a previdência social são encaminhados para a rede privada, enquanto hospitais públicos atendem prioritariamente à clientela de baixa renda.

Cidadãos uruguaios frequentemente buscam atendimento médico pelo SUS nas cidades fronteiriças brasileiras, especialmente em hematologia, vacinas, cardiologia, dependência química, oncologia e fornecimento de medicamentos. Isso ocorre devido à crise econômica no Uruguai, onde o salário é mais baixo que o mínimo brasileiro. Essa demanda gera implicações políticas, financeiras e administrativas, pois os usuários estrangeiros afetam o financiamento da saúde nos municípios fronteiriços, que recebem recursos baseados na população local. A presença desses estrangeiros também altera os indicadores sociais e de saúde dessas áreas (Iankowski, 2014).

A análise das políticas de saúde no Uruguai revela que o atual sistema de saúde resulta das reformas do Estado da década de 1990, no contexto de transformações políticas, econômicas e institucionais. Essas reformas originaram o *Sistema Nacional Integrado de Salud*

(SNIS), que visa proporcionar um atendimento integral e de qualidade, tornando os usuários sujeitos de direitos. A participação social dos usuários tem sido ampliada, fortalecendo o controle social e a reivindicação de direitos. As mudanças legislativas têm garantido o direito à saúde por meio do SNIS, assegurando que mesmo quando a saúde não está explicitamente garantida na lei, ela deve ser efetivamente garantida (Antía, 2013).

Ao que tange a judicialização da saúde no Uruguai, não foram encontrados dados precisos sobre o número de ações. Contudo, em consulta à Base de Jurisprudência Nacional Pública da República Oriental Del Uruguay, com os descritores "*derecho a la salud*", foi possível obter um resultado de 95.018 jurisprudências acerca do tema (BJN, 2024).

A saúde no Uruguai apresenta um sistema dual com um setor público robusto e um setor privado complementar. As reformas dos anos 2000 estabeleceram um *Sistema Nacional Integrado de Salud* (SNIS), elogiado por sua cobertura e qualidade. No entanto, a descentralização do sistema de saúde e a falta de dados precisos apresentam desafios significativos, dificultando uma análise completa e eficaz das políticas de saúde. Essas dificuldades afetam o planejamento e a implementação de medidas que garantam a equidade e a eficiência dos serviços de saúde, evidenciando a necessidade de melhorias contínuas no sistema.

CONCLUSÃO

Os sistemas de saúde na América do Sul enfrentam uma série de desafios e oportunidades, refletindo as complexidades políticas, econômicas e sociais da região. A dualidade entre os setores público e privado é uma característica comum em muitos países, com variações na distribuição de recursos e acesso aos serviços de saúde. Neste sentido, a descentralização administrativa, embora busque uma maior proximidade com as necessidades locais, muitas vezes resulta em disparidades regionais e falta de coordenação entre os diferentes níveis de governo.

A garantia do direito à saúde, consagrado em diversas constituições e tratados internacionais, é um objetivo fundamental, mas sua efetivação enfrenta obstáculos como a falta de financiamento adequado, a judicialização crescente e a escassez de dados precisos para embasar políticas eficazes. Além disso, a crise econômica em alguns países tem levado cidadãos a buscar atendimento em sistemas de saúde vizinhos, gerando implicações políticas, financeiras e administrativas para os países receptores.

Apesar desses desafios, há também avanços significativos em muitos países, como a implementação de sistemas integrados de saúde, a utilização de tecnologia para melhorar a eficiência dos serviços e o fortalecimento dos direitos dos usuários. O papel do judiciário na garantia desses direitos tem se destacado, embora também apresente desafios em termos de sobrecarga do sistema judicial e sua capacidade de efetivar decisões.

A judicialização, embora necessária em muitos casos, aponta lacunas na implementação efetiva das políticas de saúde. A falta de dados precisos sobre a judicialização na América do Sul, especialmente no Uruguai, dificulta uma análise mais precisa impedindo a formulação de estratégias mais eficazes para melhorar a equidade e a eficiência do sistema de saúde. Sem uma base de dados robusta, torna-se um grande desafio avaliar o real impacto da judicialização e desenvolver políticas públicas que possam prevenir a necessidade de recorrer aos tribunais para garantir o direito à saúde.

Em suma, a comparação entre os países Brasil, Argentina e Uruguai fica evidente que apesar dos avanços legislativos, a concretização equitativa do direito à saúde ainda enfrenta obstáculos significativos. A judicialização surge como uma resposta às falhas dos sistemas de saúde, mas também ressalta a necessidade de melhorias contínuas e investimentos na coordenação e integração dos serviços de saúde.

A coleta e análise de dados precisos sobre judicialização são cruciais para entender plenamente esses desafios e para elaborar políticas públicas que possam efetivamente garantir o direito à saúde para toda a população. Investimentos contínuos em políticas de saúde baseadas em evidências, fortalecimento das instituições e cooperação regional são essenciais para garantir que todos os cidadãos tenham acesso a serviços de saúde de qualidade.

REFERÊNCIAS

ANTÍA, F.; CASTLE, M.; FONTES, G.; MIDAGLIA. A renovação do sistema de proteçãouruguaio. **Revista Uruguaya de Ciencia Política**, Montevideo, v. 22, n. 2, p. 145-185, 13 nov. 2018.

ARAN, D.; LACA, H. Sistema de salud de Uruguay. **Salud Publica de Mexico**, v. 53, n. SUPPL. 2, p. 265–274, 2011.

ARCE, Francisco. **Diferenças entre os sistemas de saúde da América do Sul e europa.** Medicina S/A. 2023. Disponível em: https://encurtador.com.br/29FRL. Acesso em: 05 jun. 2024.

ARGENTINA. **Anexo al mensaje** - Ley de Presupuesto General de la Administración Nacional para el Ejercicio 2023. 2022. Poder Ejecutivo Nacional. Disponível em: https://www4.hcdn.gob.ar/dependencias/dsecretaria/Periodo2022/PDF2022/TP2022/3ANEXOMENSAJE.pdf. Acesso em: 05 mai. 2024.

ARGENTINA. **Constitucion de la Nacion Argentina**, de 22 de agosto de 1994. Disponível em: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24430-804. Acesso em: 05 mai. 2024.

ARGENTINA. **Ley nº 13.012**. Proyecto de Código Sanitario y de Asistencia Social. Creación del Fondo Nacional de Salud y Asistencia Social. 1947. Disponível em: https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/15896.html. Acesso em: 07 mai. 2024.

ARGENTINA. **Ley n° 18.610.** Obras Sociales. Normas De Funcionamiento. 1970. Disponível em: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-18610-115615. Acesso em: 05 mai. 2024.

ARGENTINA. **Ley n° 19.032.** Instituto Nacional De Servicios Sociales Para Jubilados Y Pensionados. 1971. Disponível em: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-19032-16081/actualizacion. Acesso em: 05 mai. 2024.
ARGENTINA. **Ley n° 22.269.** Obras Sociales. Nuevo Regimen. 1980. Disponível em: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-22269-114909/actualizacion. Acesso em: 05 mai. 2024

ARGENTINA. **Ley n° 23.660**. OBRAS SOCIALES. 1989. Disponível em: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-23660-62/actualizacion. Acesso em: 05 de mai. 2024.

ARGENTINA. **Ley nº 26.682.** Marco Regulatorio de Medicina Prepaga. 2011. Disponível em: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26682-182180/actualizacion. Acesso em 05 de mai. 2024.

ARGENTINA. **Resolução nº 1.216/2020**. Superintendência de Serviços de Saúde. 2020. Disponível em: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1216-2020-342813/texto. Acesso em: 05 mai. 2024.

ARGENTINA. **Secretaria de Jurisprudência**. Corte Suprema de Justicia de La Nacion Argentina - Secretaria de Jurisprudência. 2024. Disponível em: https://sjconsulta.csjn.gov.ar/sjconsulta/consultaSumarios/buscar.html. Acesso em: Acesso em: 5 jun. 2024.

BJN Pública. **Base de Jurisprudência Nacional Pública. Republica Oriental del Uruguay.** 2024. Disponível em: https://bjn.poderjudicial.gub.uy/BJNPUBLICA/busquedaSimple.seam?searchPattern=&cid=100332. Acesso em: 5 jun. 2024.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 12 mai. 2024.

CETRÁNGOLO, Oscar; DEVOTO, Florencia. Organización de la salud en argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual. Documento apresentado na oficina: **"Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health"**, realizado em Toronto, em 17 de junho de 2002. Disponível em: https://encurtador.com.br/r857F. Acesso em: 07 jun. 2024.

CNJ. **Painel de Estatísticas Processuais de Direito da Saúde. Conselho Nacional de Justiça**. 2024. Disponível em: https://encurtador.com.br/1JPkR. Acesso em: 07 jun. 2024.

CUNHA, Thiago Rocha da. *Et al*. **Desigualdades durante los primeros años de la pandemia por COVID-19 en Brasil**: implicaciones bioéticas. (2023). Yulök Revista De Innovación Académica, 7(2), 109-118. Disponível em: https://doi.org/10.47633/yulk.v7i2.604. Acesso em: 20 mai. 2024.

CYRILLO, Carolina. Redemocratização na Argentina e no Brasil: da operação condor ao sistema interamericano de direitos humanos. **Revista da Defensoria Pública da União**, v. 20, n. 20, p. 21-37. Disponível em: https://revistadadpu.dpu.def.br/article/view/704. Acesso em: 07 jun. 2024.

DUDH. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. UNICEF. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos. Acesso em: 01mai. 2024.

GOTLIEB, Verónica; YAVICH, Natália; BÁSCOLO, Ernesto. Litígio judicial y el derecho a la salud en Argentina. **Cadernos de Saúde Pública 2016**; 32(1) doi: 10.1590/0102-311X00121114. Disponível em: https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/6081. Acesso em: 05 mai. 2024.

GOTTEMS, Leila Bernarda Donato. Mollo, Maria de Lourdes Rollemberg. **Neoliberalismo na América Latina**: efeitos nas reformas dos sistemas de saúde. Rev Saude Publica. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001806. Acesso em: 20 mai. 2024.

HERRERA FLORES, Joaquín. **A reinvenção dos direitos humanos**; tradução de: Carlos Roberto Diogo Garcia; Antônio Henrique Graciano Suxberger; Jefferson Aparecido Dias. – Florianópolis: Fundação Boiteux, 2009.

IANKOWSKI, A. P. A saúde pública na fronteira Brasil - Uruguai. **Publicações da Escola Superior da AGU**, *[S. l.]*, v. 1, n. 35, 2014. Disponível em: https://revistaagu.agu.gov.br/index.php/EAGU/article/view/1879. Acesso em: 7 jun. 2024.

IBGE. **Censo Brasileiro de 2022.** Rio de Janeiro: IBGE, 2022. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?utm_source=ibge&utm_medium=home&utm_campaign=portal. acesso em: 07 jun. 2024.

INDEC. Senso 2022. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022: resultados definitivos: salud y previsión social / 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : **Instituto Nacional de Estadística y Censos** - INDEC,

2023. Libro digital, PDF - (Censo nacional de población, hogares y viviendas 2022 ; 2). Disponível em: https://encurtador.com.br/yKErw. Acesso em: 07 jun. 2024.

INDEC. Censo de 2022. **Republica Argentina. 2022**. Instituto Nacional de Estatística e Censos. Disponível em:https://censo.gob.ar/index.php/datos_definitivos/. Acesso em: 07 jun. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE). Censo de 2023. **República Oriental del Uruguay. 2023**. Instituto Nacional de Estatística. Disponível em: https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/comunicacion/noticias/poblacion-preliminar-3444263-habitantes. Acesso em: 07 jun. 2024.

LUZ, Leandro. Sistema de saúde uruguaio: tudo o que você precisa saber. **International Health**. s/a. Disponível em: https://internationalhealth.com/pt/Sistema-de-Saude-e-Seguro-Saude/Uruguai. Acesso em: 05 jun. 2024.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Federalismo e política de saúde na Argentina e no Brasil. Trabalho apresentado ao 9º Congresso Latinoamericano de Ciência Política. **Associação Latino-americana de Ciência Política (ALACIP)**, Montevideu, jul. 2017. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/53361/2/telmaFederalismoPoiticaSaude.pdf. Acesso em: 30 mai. 2024.

MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES *et al*. **Como exportar Uruguai.** 2023. Disponível em: https://www.gov.br/empresas-e-negocios/pt-br/invest-export-brasil/exportar/conheca-os-mercados/GuiaComoExportarUruguai_outubro2023.pdf. Acesso em: 06 jun. 2024.

MINISTÉRIO DE SAÚDE PÚBLICO. **Plano Integral de Saúde (PIAS)**. 2022. Disponível em: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/politicas-y-gestion/plan-integral-atencion-salud-pias. Acesso em: 07 jun. 2024.

NÚCLEO DE ESTUDOS SOBRE BIOÉTICA E DIPLOMACIA EM SAÚDE. **Sistema de saúde uruguaio**. s/a. Disponível em: https://bioeticaediplomacia.org/sistema-de-saude-do-uruguai/. Acesso em: 05 jun. 2024.

OLIVEIRA, Aline Albuquerque S. de. **Direito à Saúde**: conteúdo, essencialidade e monitoramento. Revista CEJ, 14(48), 92-100. 2010. Disponível em: https://revistacej.cjf.jus.br/cej/index.php/revcej/article/view/1151. Acesso em: 21 mai. 2024.

PEREIRA, A. M. M *et al* . Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 482-499, 2012.

PRATA, Pedro Reginaldo. D**esenvolvimento Econômico, Desigualdade e Saúde.** Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (3): 387-391, Jul/Sep, 1994. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000300018. Acesso em: 03 mai. 2024.

PUREZA, José Manuel; JUSTE RUIZ, José. Os Estados e a ordem internacional contemporânea: atas do **V Encontro Luso-Espanhol de Professores de Direito**

Internacional e Relações Internacionais. 2019. Coimbra University Press. Disponível em:https://ap1.sib.uc.pt/bitstream/10316.2/47432/1/o_estado_unitario__o_federalismo_e_o_regionalismo.pdf. Acesso em: 07 jun. 2024.

ROCHA, Anna Silvia Penteado Setti da. *et al*. **Acesso de migrantes haitianos à saúde pública: uma questão bioética**. Revista Bioética, v. 28, n. 2, p. 384–389, jun. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1983-80422020282400. Acesso em: 03 mai. 2024.

SCHWARTZ, Germano André Doederlein. CAMILLIS, Lucas Lanner De. **O direito à saúde na proteção interamericana de direitos humanos:** uma análise de casos dentro da Corte Interamericana. *In:* Direitos Sociais, Políticas públicas e Seguridade I [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI. XI Encontro Internacional Do CONPEDI Chile – Santiago. 2022. Disponível em: http://site.conpedi.org.br/publicacoes/129by0v5/y7cd026r/lp7W3GiVq0l4aTU2.pdf. Acesso em: 07 mai. 2024.

SELANES, R. Análisis y perspectivsa del processo de reforma del sistema nacional integrado de salud em Uruguay, com énfasis em el financiamento de los prestadores. **Universidade de la republica**, Uruguai. p, 9-150, 2009.

SILVA, Larissa da. **Conflitos Federativos e Políticas Públicas de Saúde na Pandemia de Covid-19:** Uma Análise de Brasil e Argentina. 2023. Maceió-Al. Disponível em: https://encurtador.com.br/tqpij .Acesso em: 05 mai. 2024.

SILVA, Michele Lins Aracaty e, *et al*. **Vulnerabilidade Social, Fome e Pobreza Nas Regiões Norte E Nordeste Do Brasil**. Políticas Públicas, Educação e Diversidade: Uma Compreensão Científica do Real, p. 1083–1105, 2020. Disponível em: https://www.editoracientifica.com.br/artigos/vulnerabilidade-social-fome-e-pobreza-nas-regioes-norte-e-nordeste-do-brasil. Acesso em: 20 mai. 2024.

SOLLAZZO, A.; BERTERRETCHE, R. El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2829-2840, 2011.

SOUTO, Ricardo dos Santos. **A dignidade da pessoa humana como um valor absoluto no Brasil.** Rev. NUFEN, Belém , v. 11, n. 3, p. 170-186, dez. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-259120190003000 11&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 mai. 2024.

TOBAR, Sebastián. **Governança nacional e coordenação federativa na resposta à Covid-19 na Argentina:** contenção inicial e fadiga social. *In:* Machado, Cristiani Vieira; Pereira, Adelyne Maria Mendes; Freitas; Carlos Machado de. Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições [online]. Rio de Janeiro–RJ: Observatório Covid-19 Fiocruz; Editora Fiocruz, 2022, pp. 265-294. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-129-7. Disponível em: https://books.scielo.org/id/t67zr/pdf/machado-9786557081594-10.pdf. Acesso em: 07 mai. 2024

UNESCO. 2005. **Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos**. Tradução: Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília.

UNIÃO EUROPEIA. Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia. **Jornal Oficial das Comunidades Europeias**. 2000. Disponível em:https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_pt.pdf. Acesso em 04 mai. 2024.

URUGUAI. **Constitución de la república**. 1967. Disponível em: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/constitucion_de_la_republica_oriental_del_uruguay.pdf. Acesso em: 05 jun. 2024.

WEYL, Paulo. **América Latina**: entre a afirmação e a permanência da violação de direitos humanos. Hendu, v. 1, n. 1, jul., 2010. Disponível em: https://periodicos.ufpa.br/index.php/hendu/article/download/372/598. Acesso em: 05 mai. 2024.