

Análise das Práticas de Orçamento em Saúde em 8 Países da América Latina: Práticas Atuais, Desafios Sistêmicos e o Caminho a Seguir para Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, México e Peru

Ipchita Bharali, Ernesto J. Ortiz, Clara Marin Carballo, Wenhui Mao, Lisa Bourget



Estratégias para
alinhar o planejamento
financeiro com as
prioridades em saúde

O impacto da
promoção da
colaboração
intersetorial

Formas de utilizar a
política fiscal para
promover populações
mais saudáveis

Afiliações dos autores::

Ipchita Bharali é Pesquisadora Associada no Center for Policy Impact in Global Health, da Duke University.

Ernesto J. Ortiz é Gerente Sênior de Programas no Duke Global Health Innovation Center e Professor Afiliado do Hubert-Yeargan Center for Global Health, também da Duke University.

Clara Marin Carballo é doutoranda no Department of Population Health Sciences, da Duke University.

Wenhui Mao é Diretora Assistente de Programas no Duke Global Health Innovation Center e na Innovations in Healthcare, além de Professora Assistente de Pesquisa em Saúde Global no Duke Global Health Institute, da Duke University.

Lisa Bourget é Diretora Sênior de Estratégia, Gestão e Parcerias no Duke Global Health Innovation Center e na Innovations in Healthcare, da Duke University.

Financiamento:

Este relatório foi financiado pela Federação Latino-Americana da Indústria Farmacêutica, FIFARMA.

RESUMO EXECUTIVO

Objetivo do relatório

Este relatório examina as práticas de orçamento em saúde na América Latina, com foco em como os países planejam, priorizam, alocam, gerenciam e utilizam recursos para melhorar os resultados em saúde em oito países da região – Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, México e Peru. A análise busca compreender o processo e a gestão da alocação e execução dos orçamentos em saúde, identificar lacunas entre a saúde da população e as alocações orçamentárias, e oferecer recomendações acionáveis para formuladores de políticas e atores do sistema de saúde visando fortalecer as práticas orçamentárias em saúde nesses países.

Metodologia

Conduzimos um estudo de métodos mistos que incluiu revisão documental, análise de dados secundários e entrevistas com atores-chave e especialistas da América Latina. Analisamos relatórios orçamentários governamentais e documentos de políticas para extrair informações sobre os processos de orçamento, legislações-chave, mecanismos institucionais e papéis e responsabilidades das várias entidades envolvidas no ciclo orçamentário nos oito países. Realizamos análise de dados secundários sobre tendências de financiamento em saúde e alocações orçamentárias a partir dos relatórios orçamentários mais recentes e bases de dados internacionais. Também realizamos entrevistas com 25 informantes-chave (KI) dos oito países analisados, além de representantes de organizações multilaterais de saúde que apoiam o processo de orçamentação em saúde na América Latina. Além disso, foram conduzidas duas consultas com gestoras de programas e representantes nacionais da FIFARMA, bem como com o Comitê Andino de Saúde e Economia da ORAS-CONHU, com o objetivo de refinar e validar os achados do estudo.

Principais constatações

As seguintes conclusões principais foram extraídas do estudo:

- Apesar de haver um alto nível de comprometimento com a cobertura universal de saúde (UHC), existe um **subfinanciamento crônico da UHC**. A maioria dos países fica aquém da recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de investimento público em saúde de 6% do PIB, resultando em dependência de gastos diretos das famílias, faltas de insumos e desigualdades — particularmente em Argentina, México, Peru e Equador. Mesmo sistemas fortes, como o SUS no Brasil e a Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) na Costa Rica, enfrentam pressões fiscais devido ao aumento dos custos, envelhecimento populacional e limites rígidos de despesas.
- Questões macrofiscais contínuas — inflação, encargos de dívida e regras fiscais rígidas — **reduziram o espaço fiscal e geraram volatilidade econômica** na região, afetando

orçamentos de saúde e limitando a flexibilidade governamental para alocar ou executar recursos de forma eficaz, com desafios particularmente graves na Argentina, Brasil, Colômbia, México e Peru.

- **As práticas orçamentárias tendem a ser desatualizadas, com fraca utilização de evidências no processo orçamentário.** O orçamento histórico por itens (line-item) predomina, o que reduz a capacidade de responder às necessidades epidemiológicas. A integração limitada de dados de saúde e métricas de desempenho no orçamento diminui a eficiência e a responsabilidade, apesar de haver movimento em direção a abordagens baseadas em resultados em alguns países. Por exemplo: Costa Rica, Argentina - Plan Sumar, Peru
- Papéis sobrepostos entre ministérios, fundos de seguridade social e governos subnacionais resultam em duplicações, ineficiências e desigualdades, levando à **fragmentação e fraca coordenação**. A coordenação entre saúde, finanças e planejamento é frequentemente insuficiente.
- Muitos governos subnacionais carecem de capacidade técnica e gerencial para planejar, executar e monitorar orçamentos em saúde. **A descentralização sem capacidade adequada** provocou subexecução de fundos, ineficiências e desigualdades na prestação de serviços — especialmente em áreas rurais e desatendidas.
- Existe uma **desconexão entre planejamento e orçamento**: planos nacionais ou setoriais frequentemente não estão bem alinhados com as alocações orçamentárias, resultando em lacunas entre prioridades estratégicas e os recursos disponíveis para implementá-las.

Apesar dos desafios, surgiram algumas boas práticas nos países latino-americanos estudados que oferecem lições valiosas sobre orçamentos de saúde que podem contribuir para sistemas de saúde mais eficazes, equitativos e resilientes.

- Experiências do Peru, Argentina e Costa Rica mostram que **abordagens orçamentárias baseadas em resultados** que vinculam os orçamentos aos resultados (por exemplo, saúde materno-infantil, nutrição, cobertura de cuidados primários) melhoram tanto os fluxos de financiamento quanto a prestação de serviços, ao mesmo tempo em que promovem a prestação de contas responsável em todos os níveis do governo.
- O uso de **ferramentas que otimizam a eficiência e a equidade por meio da alocação estratégica**, como o modelo EBAIS da Costa Rica (que usa dados de cuidados primários para orientar o orçamento local), compras centralizadas e financiamento conjunto por meio da folha de pagamento e impostos sobre o consumo, ajuda a reduzir a fragmentação, melhorar a equidade nas alocações e aumentar a sustentabilidade financeira.
- A judicialização da saúde em países como Colômbia, Costa Rica e Equador ampliou o acesso e garantiu a responsabilidade baseada em direitos, mas a **judicialização da saúde requer reformas para manter a flexibilidade orçamentária e a sustentabilidade a longo prazo**.
- Existem maneiras bem-sucedidas de **alavancar políticas fiscais e financiamento intersetorial** por meio de mecanismos inovadores — incluindo impostos sobre refrigerantes, álcool, tabaco e comida de baixo valor nutricional, bem como abordagens intersetoriais de “Saúde em Todas as Políticas” — para gerar receitas para a saúde e, ao mesmo tempo, abordar os fatores de risco para doenças não transmissíveis.
- As diversas experiências da América Latina demonstram que **reformas específicas para cada contexto — adaptadas de pares regionais e lições globais —** podem apoiar sistemas de saúde mais eficazes, equitativos e resilientes.

Recomendações

Com base nas questões emergentes deste estudo e nas discussões com informantes-chave (KI), propomos as seguintes recomendações para melhorar o orçamento da saúde nos países latino-americanos estudados. Essas recomendações ressaltam a importância de alinhar o planejamento financeiro com as prioridades de saúde, promover a colaboração intersetorial e usar a política fiscal não apenas para aumentar a receita, mas também para formar populações mais saudáveis.

1. **É necessário aumentar o gasto público em saúde e a sustentabilidade financeira** para enfrentar os crescentes custos com cuidados de saúde e explorar mecanismos alternativos de financiamento para garantir recursos adequados.
2. O orçamento em saúde deve visar **uma distribuição mais equitativa de recursos** para reduzir desigualdades no acesso entre grupos socioeconômicos e regiões.
3. . Aperfeiçoar a **governança e a coordenação** para melhorar a tomada de decisão e a responsabilidade no processo orçamentário.
4. Para aprimorar priorização, eficiência e a relação custo-efetividade, **deve-se ampliar o uso de práticas de orçamento e priorização em saúde baseadas em evidências**.
5. **Capacitação, especialmente em níveis subnacionais, é necessária** para melhorar a capacidade técnica e administrativa de execução orçamentária e prestação de serviços.
6. **Consolidar o financiamento da saúde e reduzir a fragmentação** para diminuir redundâncias e melhorar a coordenação.

SUMÁRIO

ABREVIACÕES.....	6
CONTEXTO	8
METODOLOGIA.....	9
Seleção dos países	9
Análise dos dados.....	11
Referencial de análise	13
RESULTADOS	14
1. Panorama da situação da saúde e do financiamento da saúde	14
2. Situação da cobertura universal de saúde e papel do financiamento público	17
3. Orçamentação em saúde.....	22
3.1 Legislação	22
3.2 Estruturas institucionais	26
3.3 Planejamento, priorização e vinculação do orçamento no setor de saúde.....	32
3.4 Práticas orçamentárias	40
3.5 Alocações e prioridades orçamentárias.....	45
3.6 Implementação orçamentária	50
PRINCIPAIS DESAFIOS E LIÇÕES APRENDIDAS	55
Desafios	55
Lições	60
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	61
REFERÊNCIAS	64

ABBREVIATIONS

ADRES	Administradora dos Recursos do Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde
ASF	Auditoria Superior da Federação
AUGE	Acesso Universal com Garantias Explícitas
CCSS	Caixa Costarriquenha de Seguro Social
DIPRES	Direção de Orçamento do Ministério das Finanças
EBAIS	Equipes Básicas de Atenção Integral à Saúde
EPS	Entidades Promotoras de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FONASA	Fundo Nacional de Saúde
FUS	Fundo Universal de Saúde
GES	Garantias Explícitas em Saúde
GGHE-D	Despesa do Governo Geral Doméstico em Saúde
GHED	Base de Dados Global de Despesas em Saúde
HTA	Avaliação de Tecnologias em Saúde
HTC	Tribunal de Contas (Honorable Tribunal de Cuentas)
IESS	Instituto Equatoriano de Seguridade Social
IMSS	Instituto Mexicano de Seguridade Social
INSABI	Instituto de Saúde para o Bem-Estar
ISAPRE	Instituições de Saúde Previdenciária
ISSSTE	Instituto de Seguridade e Serviços Sociais dos Trabalhadores do Estado
KII	Entrevista com Informante-Chave
LAC	América Latina e Caribe
MBP	Programação Orçamentária Plurianual
MEF	Ministério da Economia e Finanças
MINSA	Ministério da Saúde
MoF	Ministério das Finanças
MoH	Ministério da Saúde
MPH	Ministério da Saúde Pública
NCDs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
NGOs	Organizações Não Governamentais (ONGs)
ONP	Escritório Nacional de Orçamento
PAMI	Programa de Assistência Médica Integral
PBS	Plano de Benefícios em Saúde
PEFA	Avaliação de Despesas Públicas e Responsabilidade Financeira
PFM	Gestão das Finanças Públicas
PforR	Programa por Resultados
PMO	Programa Médico Obrigatório
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PpR	Orçamento por Resultados
RBF	Financiamento Baseado em Resultados
SCHP	Secretaria da Fazenda e Crédito Público

SCI	Índice de Cobertura de Serviços
SGSSS	Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde
SHCP	Secretaria da Fazenda e Crédito Público
SIAFI	Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal
SIDIF	Sistema Integrado de Informação Financeira
SIGEN	Sindicatura Geral da Nação
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SIS	Seguro Integral de Saúde
SSA	Secretaria de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UPC	Unidade de Pagamento Per Capita
UHC	Cobertura Universal de Saúde

CONTEXTO

O orçamento em saúde é um componente essencial da Gestão das Finanças Públicas (PFM), pois define como os governos alocam, priorizam e utilizam recursos para melhorar a saúde da população.^{1,2} Na América Latina, o tema tem adquirido crescente relevância em razão de uma combinação de iniquidades persistentes em saúde, volatilidade econômica e do movimento ambicioso da região rumo à Cobertura Universal de Saúde (UHC).³

Nas últimas duas décadas, os países latino-americanos alcançaram avanços expressivos na ampliação da cobertura de saúde, na melhoria da prestação de serviços e no aumento do gasto público em saúde. A maioria dos sistemas de saúde da América Latina é financiada com recursos públicos. O apoio de doadores internacionais — embora limitado em comparação a outras regiões — também desempenhou um papel relevante na influência das práticas orçamentárias, sobretudo em países de renda mais baixa ou em áreas específicas da saúde, como HIV, saúde materna e imunização.⁴ Os países da região têm demonstrado liderança e inovação na gestão das finanças públicas (PFM) aplicada à saúde. O Brasil implementou transferências baseadas em desempenho para entidades subnacionais; Chile e México introduziram orçamentação por programas vinculada a resultados em saúde; e Colômbia e Peru têm buscado alinhar o financiamento em saúde com as prioridades da atenção primária. A Costa Rica se destaca por um modelo de financiamento relativamente unificado e baseado em resultados. Apesar desses avanços, os sistemas de saúde da região continuam enfrentando **desafios persistentes na alocação e gestão dos recursos**. Rígidezes orçamentárias, fragmentação do financiamento, baixa integração entre planejamento e orçamento, e o subaproveitamento de dados de desempenho e equidade frequentemente limitam a eficácia do gasto público em saúde. Esses desafios são particularmente pronunciados em sistemas descentralizados ou onde múltiplos esquemas de financiamento operam em paralelo.^{5–7} Ainda assim, esses progressos nem sempre foram acompanhados por melhorias correspondentes em eficiência, equidade e transparência dos processos orçamentários. Muitos sistemas de saúde na região continuam lidando com subfinanciamento, financiamento fragmentado, estruturas orçamentárias rígidas e fraca correspondência entre planos de saúde e orçamentos.^{8,9}

A pandemia de COVID-19 expôs e aprofundou fragilidades preexistentes nos sistemas de financiamento da saúde, reforçando a necessidade de práticas orçamentárias mais resilientes, responsivas e equitativas. Ao mesmo tempo, criou impulso para reformas e inovações em Gestão das Finanças Públicas (PFM) — incluindo a introdução de orçamentação por programas e por resultados, o aprimoramento do uso de sistemas de informação em saúde e análises de espaço fiscal. A pandemia também ressaltou a importância de **priorizar a equidade** nos processos orçamentários, já que as **populações vulneráveis** foram desproporcionalmente afetadas pela interrupção de serviços e pelo subfinanciamento da atenção primária. Além disso, as **disparidades em resultados e acesso à saúde** — frequentemente determinadas por **fatores geográficos, socioeconômicos, étnicos e de gênero** — reforçam a necessidade de **processos de orçamentação que incorporem a perspectiva de equidade** e assegurem que os recursos sejam direcionados aonde são mais

necessários.^{10, 11, 12}

Este relatório examina as práticas atuais, os desafios sistêmicos e os caminhos futuros da orçamentação em saúde em oito países da América Latina — Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, México e Peru —, com o objetivo de identificar oportunidades para fortalecer a eficácia e a equidade do gasto público em saúde.

OBJETIVOS DO ESTUDO

Os principais objetivos do estudo são:

- Compreender o processo e a gestão da alocação e execução dos orçamentos em saúde;
- Identificar lacunas entre as necessidades de saúde da população e as alocações orçamentárias;
- Oferecer recomendações práticas e acionáveis para aprimorar as práticas orçamentárias no setor da saúde.

METODOLOGIA

Seleção dos países

Foram selecionados oito países latino-americanos para este estudo: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, México e Peru. A seleção foi realizada em consulta com a Federação Latino-Americana da Indústria Farmacêutica (FIFARMA), entidade financiadora do estudo. Esses países concentram os maiores níveis de PIB e/ou PIB per capita da América Latina. Algumas características econômicas, de governança e de financiamento em saúde dos países selecionados estão apresentadas na Tabela 1. Todos os países, exceto o Chile, são classificados como países de renda média alta, com PIB per capita variando de US\$ 14.472 (Equador) a US\$ 29.465 (Chile).¹³ Quatro países — Chile, Colômbia, Costa Rica e México — são Estados-membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), enquanto Argentina, Brasil e Peru estão em processo de adesão.¹⁴ Embora apresentem níveis de renda mais elevados em comparação a outros países da região, esses países também enfrentam altos níveis de desigualdade, o que impacta o acesso à saúde. Em relação aos investimentos públicos domésticos em saúde, países como Argentina (5,8%) e Colômbia (5,3%) apresentam desempenho significativamente melhor que Peru (4%) e México (3%).¹⁵ A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) recomendam investimentos públicos em saúde equivalentes a 6% do PIB.¹⁶

Há características comuns, mas também diferenças importantes entre os sistemas de saúde e as formas de financiamento e alocação de recursos por parte dos governos desses países. A maioria dos sistemas é financiada com recursos públicos, embora exista mistura entre financiamento público e privado em países como Brasil e Chile. Todos os países têm buscado maior transparência, equidade e adoção de orçamentação orientada a resultados, com graus variados de implementação e sucesso. As estruturas organizacionais e institucionais variam amplamente — desde sistemas altamente centralizados, como o da Costa Rica, até sistemas altamente descentralizados, como Brasil, México e Colômbia, onde governos subnacionais e

até municipais desempenham papel fundamental no planejamento, orçamentação e implementação do setor saúde. Essas diferenças na estrutura de governo influenciam significativamente as práticas orçamentárias. Países federativos e descentralizados, como Brasil, Argentina e México, apresentam processos orçamentários mais complexos e descentralizados, nos quais governos subnacionais têm papel central no planejamento, execução orçamentária e oferta de serviços de saúde. Por outro lado, sistemas unitários, como Chile, Costa Rica e Equador, mantêm maior controle central, o que permite implementação mais uniforme das políticas de saúde. No que se refere aos modelos de financiamento, países como Costa Rica e Colômbia baseiam-se em sistemas de seguro social de saúde, enquanto Brasil e México dependem mais fortemente de receitas tributárias gerais. As abordagens orçamentárias também variam: alguns países adotaram com sucesso sistemas avançados de orçamentação por programas e baseado em desempenho, enquanto outros ainda dependem fortemente de modelos históricos e orçamentação por itens (line-item budgeting). A análise detalhada das semelhanças e diferenças entre os países é aprofundada na seção de Resultados deste relatório. Este relatório busca oferecer subsídios práticos para formuladores de políticas em toda a região, analisando diversos sistemas e práticas orçamentárias em saúde, identificando gargalos e destacando boas práticas emergentes e oportunidades de reforma.

Tabela 1: Países incluídos no estudo e suas características nas principais dimensões

País / Região	Status de renda	Status na OCDE	PIB per capita (constante 2021 US\$, PPA) 2023	População (milhões) 2023	Índice de Gini 2022	Gasto público em saúde per capita (US\$) 2022	Gasto público em saúde (% do PIB, GGHE-D % PIB) 2022	Estrutura de governo
Argentina	Renda média alta	Em processo de adesão	US\$ 27.105	45,5	40,7	US\$ 1.371	5,8%	Descentralizado
Brasil	Renda média alta	Em processo de adesão	US\$ 19.080	211,1	52,0	US\$ 849	4,1%	Descentralizado
Chile	Alta renda	Membro desde 2010	US\$ 29.465	19,7	43,0	US\$ 1.547	5,1%	Centralizado
Colômbia	Renda média alta	Membro desde 2020	US\$ 18.358	52,3	54,8	US\$ 506	5,3%	Estado unitário com descentralização
Costa Rica	Renda média alta	Membro desde 2021	US\$ 25.980	5,1	47,2	US\$ 979	5,0%	Centralizado
Equador	Renda média alta	Não	US\$ 14.472	17,9	45,5	US\$ 493	4,6%	Estado unitário com descentralização
México	Renda média alta	Membro desde 1994	US\$ 21.880	130,0	43,5	US\$ 651	3,0%	Centralizado
Peru	Renda média alta	Em processo de adesão	US\$ 15.294	33,9	40,3	US\$ 446	4,0%	Estado unitário com descentralização

OECD average			\$ 52,705			\$ 5,552	8.3%	
---------------------	--	--	------------------	--	--	-----------------	-------------	--

Fonte: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE); Banco Mundial – Indicadores de Desenvolvimento Mundial; Banco de Dados Global de Despesas em Saúde da Organização Mundial da Saúde; Banco Interamericano de Desenvolvimento.

Notas:

Para fins de uniformidade e comparabilidade entre os países, foram utilizadas fontes de dados internacionais, como os Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial e o Banco de Dados Global de Despesas em Saúde da OMS, apresentados nesta tabela. O ano mais recente com dados disponíveis para todos os países nessas bases foi adotado para assegurar comparabilidade.

O percentual de gasto público em saúde em relação ao PIB apresentado na tabela refere-se ao gasto público doméstico em saúde como proporção do PIB (GGHE-D % PIB), conforme reportado pelo Banco de Dados Global de Despesas em Saúde da OMS. Esse indicador mostra o nível de despesa pública em saúde proveniente de fontes domésticas em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) de cada país.

Análise dos Dados

Realizamos um estudo de métodos mistos, que incluiu revisão documental, análise de dados secundários e entrevistas com atores-chave e especialistas da América Latina (Figura 1).

Figura 1: Metodologia

Revisão de documentos

- Documentos de políticas governamentais, relatórios orçamentários, planos e documentos legais.

Análise de dados secundários

- Artigos acadêmicos publicados, relatórios, análises orçamentárias, comentários e matérias jornalísticas; análise de dados orçamentários e de gastos governamentais publicados

Entrevistas com informantes-chave (KII)

- Entrevistas com atores-chave de governos, do meio acadêmico, de organizações não governamentais e do setor privado.
- A Tabela 2 mostra a distribuição dos entrevistados por país e setor.

Consultas principais

- Apresentação dos resultados preliminares para (i) gerentes de programas e representantes nacionais da FIFARMA, e (ii) o Comitê Andino de Saúde e Economia da ORAS-CONHU, a fim de refinar e validar as conclusões.

Analizamos relatórios orçamentários governamentais e documentos de políticas públicas para extrair informações e documentar os processos de orçamentação, as principais legislações, os mecanismos institucionais e as funções e responsabilidades das diversas entidades envolvidas no processo orçamentário nos oito países analisados. Realizamos análises de dados secundários sobre tendências de financiamento em saúde e alocação orçamentária, com base nos relatórios orçamentários mais recentes e em bases de dados internacionais, como o Banco de Dados Global de Despesas em Saúde da OMS (Global

Health Expenditure Database – WHO), o Banco Mundial e o Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde (IHME, Institute for Health Metrics and Evaluation). Para garantir uniformidade e comparabilidade entre países, utilizamos fontes de dados internacionais e o ano mais recente disponível nessas bases de dados para todos os países apresentados nas tabelas.

Conduzimos entrevistas em profundidade com principais atores que possuem amplo conhecimento sobre questões de orçamentação e financiamento em saúde em cada país. Foram entrevistados funcionários governamentais, pesquisadores e representantes de organizações não governamentais (ONGs) e do setor privado, com experiência relevante no desenvolvimento, implementação ou monitoramento de relatórios de financiamento e gastos em saúde, com o objetivo de compreender as questões de política e implementação dos orçamentos de saúde nos países foco do estudo. Um total de 25 entrevistas com informantes-chave (KII, Key Informant Interviews) foi realizado. A Tabela 2 apresenta informações sobre os informantes entrevistados por país. Embora o estudo tenha buscado manter uniformidade na representação dos KII entre os setores governamental, acadêmico, privado e não governamental, houve variação considerável no número e na distribuição setorial das entrevistas entre os países - Argentina (2), Brasil (1), Chile (2), Colômbia (2), Costa Rica (1), Equador (7), México (2), Peru (5) e organizações multilaterais de saúde (3). Muitos informantes-chave do setor privado são ex-funcionários dos Ministérios da Saúde (MoH) de seus respectivos países, com ampla experiência e conhecimento sobre as práticas de orçamentação em saúde, e mantêm relações ativas com o governo em suas funções atuais. Todas as entrevistas foram realizadas por meio da plataforma Zoom, e os dados obtidos foram analisados para explorar perspectivas, experiências e percepções utilizando o referencial descrito na seção seguinte, sobre processos, desafios e êxitos do processo de orçamentação em saúde em cada país. Além disso, realizamos consultas adicionais com dois grupos para refinar e validar as conclusões do estudo - Gerentes de programas e representantes nacionais da FIFARMA nos países foco; e o Comitê Andino de Saúde e Economia da ORAS-CONHU

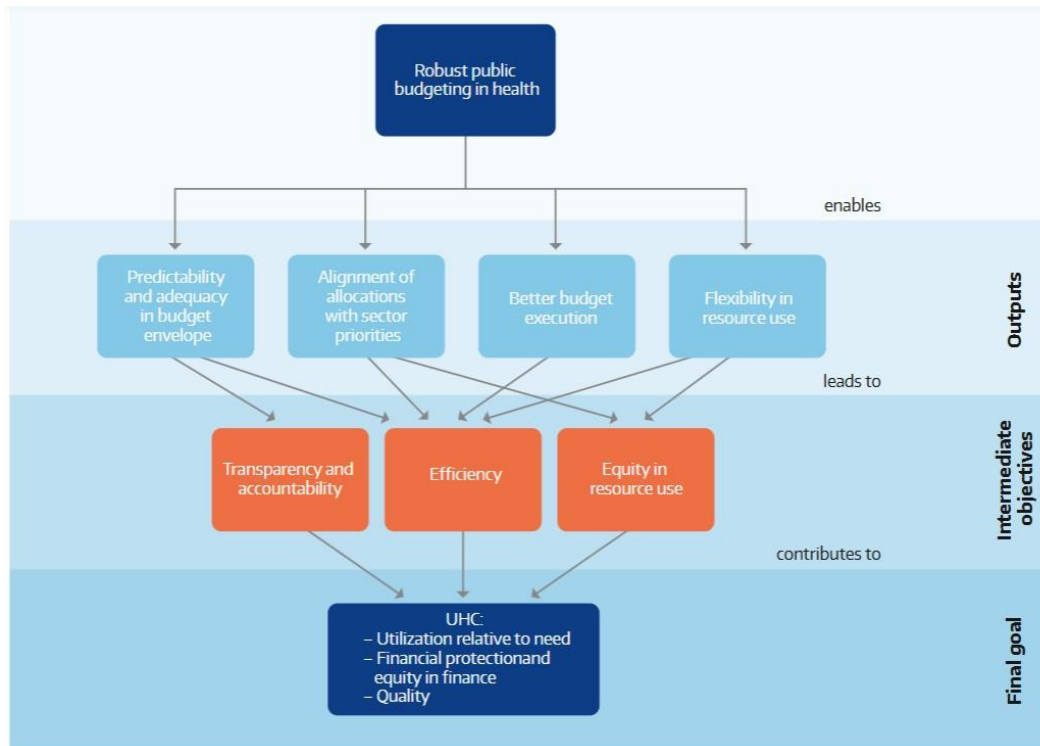
Tabela 2: Informações básicas sobre os informantes-chave (anonimizadas para proteger a confidencialidade)

País	Cargo atual	Tipo de organização	Setor
Argentina	Diretor	Organização de pesquisa farmacêutica	Setor privado
Argentina	Gerente	Organização de pesquisa farmacêutica	Setor privado
Brasil	Diretor	Pesquisa farmacêutica sem fins lucrativos	Setor privado
Chile	Diretor	Organização farmacêutica	Setor privado
Chile	Diretor	Instituição orçamentária	Governo
Colômbia	Diretor / Ex-funcionário do Ministério da Saúde	Empresa farmacêutica	Setor privado

Colômbia	Consultor / Ex-funcionário do Ministério da Saúde	Instituição de saúde	ONG
Costa Rica	Diretor	Organização de pesquisa farmacêutica	Setor privado
Equador	Reitor / Ex-funcionário do Ministério da Saúde	Universidade	Academia
Equador	Diretor	Instituição de saúde/social	Governo
Equador	Diretor executivo	Organização de pesquisa farmacêutica	Setor privado
Equador	Gerente	Organização de pesquisa farmacêutica	Setor privado
Equador	Gerente	Organização de pesquisa farmacêutica	Setor privado
Equador	Gerente	Organização de pesquisa farmacêutica	Setor privado
Equador	Consultor	Organização multilateral de saúde	Multilateral
México	Diretor	Organização de pesquisa farmacêutica	Setor privado
México	Diretor	Organização de pesquisa	ONG
Peru	Professor universitário / Ex-funcionário do Ministério da Saúde	Universidade	Academia
Peru	Diretor executivo	Organização farmacêutica	Setor privado
Peru	Chefe regional	Empresa farmacêutica	Setor privado
Peru	Professor universitário	Universidade	Academia
Peru	Consultor	Empresa de consultoria	Setor privado
Organização multilateral	Assessor	Organização multilateral de saúde	Multilateral
Organização multilateral	Especialista em sistemas de saúde	Organização multilateral de saúde	Multilateral
Organização multilateral	Especialista em financiamento	Organização multilateral de saúde	Multilateral

Referencial de Análise

Fizemos referência ao marco analítico de orçamentação desenvolvido pela OMS (Organização Mundial da Saúde) para orientar a análise (Figura 2).¹⁷ Esse marco conceitual identifica os principais resultados que podem decorrer do fortalecimento dos sistemas de orçamentação em saúde — como previsibilidade, alinhamento, execução e flexibilidade —, os quais podem, por sua vez, contribuir para os objetivos intermediários da Cobertura Universal de Saúde (UHC), ou seja: transparência e responsabilização, eficiência e equidade no uso dos recursos. O marco fornece uma estrutura organizada para avaliar os orçamentos públicos em saúde e foi selecionado por sua coerência com os objetivos deste relatório. Utilizamos o marco tanto para orientar o desenho da revisão documental, quanto para elaborar as perguntas de entrevista com os informantes-chave (KI). Além disso, o modelo oferece boas práticas de orçamentação em saúde e nos ajudou a identificar lacunas e áreas de melhoria nos processos orçamentários dos países latino-americanos selecionados.

Figura 2: Orçamentação robusta como um facilitador da Cobertura Universal de Saúde (UHC)

Fonte: OMS – Budget matters for health: key formulation and classification issues

RESULTADOS

1. Panorama da situação da saúde e do financiamento da saúde

Os sistemas de saúde na América Latina enfrentam um duplo desafio: lidar tanto com doenças infecciosas persistentes quanto com o crescimento do peso das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), enquanto o gasto público em saúde permanece relativamente baixo. A Tabela 3 apresenta uma visão geral dos resultados em saúde e das tendências de financiamento em saúde nos países estudados. Em 2022, o gasto público doméstico em saúde na região da América Latina e Caribe (ALC) foi de aproximadamente 4,1% do PIB. Entretanto, países como Costa Rica, Chile, Colômbia e Argentina estão se aproximando da meta recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de 6% do PIB destinados à saúde.³ A maioria dos países gasta cerca de 4% do PIB em saúde proveniente de fontes internas, apenas metade da média da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).^{13, 15} Durante a pandemia de COVID-19, houve aumentos notáveis nos gastos domésticos em saúde, mas observam-se quedas subsequentes na proporção do PIB e de recursos domésticos destinados à saúde em 2021, à medida que a pandemia foi diminuindo, conforme mostrado na Figura 3.¹⁵

Tabela 3: Visão geral dos resultados em saúde, carga de doenças e gastos em saúde na América Latina

País / Região	Gasto atual em saúde per capita (US\$)	Gasto público em saúde (% do PIB) (GGHE-D % PIB)	Gasto público doméstico em saúde (% do gasto público total) (GGHE-D % GGE)	Gasto direto do bolso (% do gasto atual em saúde)	Expectativa de vida ao nascer (anos)	Mortalidade de abaixo de 5 anos (por 1.000 nascidos vivos)	Mortes por doenças não transmissíveis (% do total de mortes)	Mortalidade por diabetes (por 100.000)
Ano	2022	2022	2022	2022	2022	2022	2019	2019
Argentina	\$ 1.371	5,8%	15,2%	26,4%	75,8	9,8	76,7%	12
Brasil	\$ 849	4,1%	9,0%	27,4%	74,9	14,6	74,7%	25
Chile	\$ 1.547	5,1%	19,0%	35,5%	79,2	6,8	85,1%	11
Colômbia	\$ 506	5,3%	15,7%	14,4%	76,5	12,4	75,6%	9
Costa Rica	\$ 979	5,0%	25,8%	22,4%	79,3	10,1	82,0%	15
Equador	\$ 493	4,6%	11,9%	32,5%	76,6	13,2	76,2%	27
México	\$ 651	3,0%	10,4%	39,1%	74,0	12,9	80,4%	72
Peru	\$ 446	4,0%	16,7%	27,0%	76,8	16,1	72,6%	13
Região AL (América Latina e Caribe)	\$ 722	4,1%	11,7%	30,0%	74,6	16,2	75,5%	21
Média OCDE	\$ 5.552	8,3%	19,7%	13,1%	81,0	6,7	87,0%	23

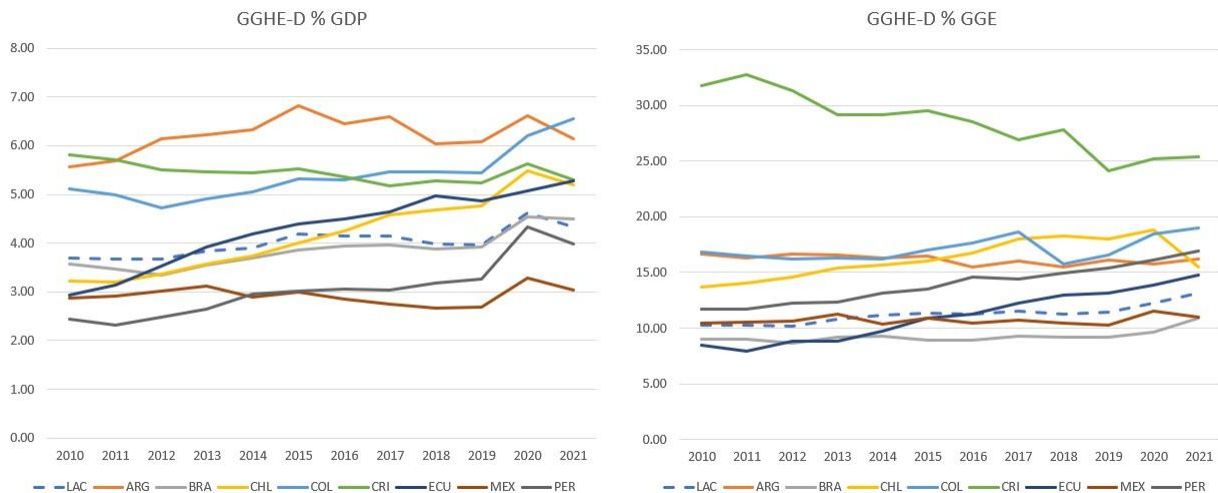
Fontes: OMS, Banco Mundial

Notas:

Para fins de uniformidade e comparabilidade entre países, foram utilizadas fontes de dados internacionais, como os Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial e o Banco de Dados Global de Despesas em Saúde da OMS. O ano mais recente disponível para todos os países nessas bases de dados foi adotado para assegurar a comparabilidade.

O percentual de gasto público em saúde em relação ao PIB apresentado na tabela refere-se ao gasto público doméstico em saúde como proporção do PIB (GGHE-D % PIB), conforme reportado pelo Banco de Dados Global de Despesas em Saúde da OMS. Esse indicador mostra o nível de despesa pública em saúde proveniente de fontes domésticas em relação ao PIB do país.

O percentual de gasto público doméstico em saúde em relação ao gasto público total (GGHE-D % GGE), também obtido do Banco de Dados Global de Despesas em Saúde da OMS, mostra a proporção do orçamento público total destinada à saúde. Esse é um indicador do grau de priorização da saúde nos orçamentos nacionais com base em recursos domésticos.

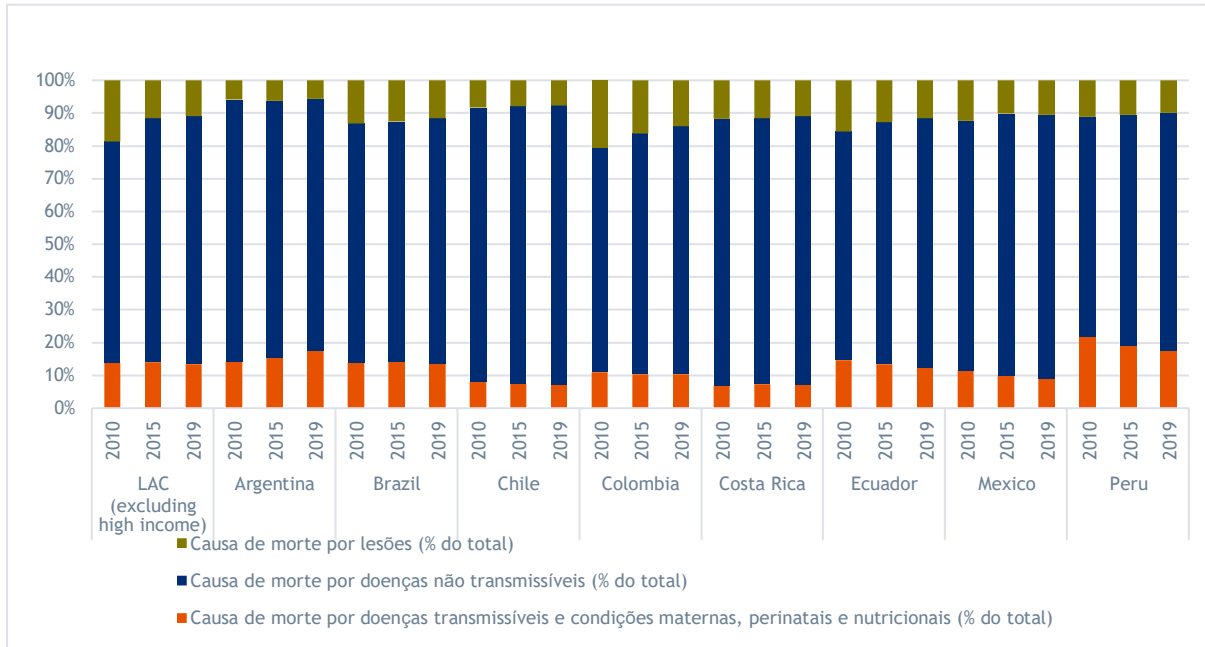
Figura 3: Gasto público doméstico em saúde como percentual do PIB ao longo dos anos

Fonte: Banco de Dados Global de Despesas em Saúde da OMS

Notes:

- GGHE-D % PIB: representa o gasto público doméstico em saúde como percentual do PIB.
- GGHE-D % DGP: representa o gasto público doméstico em saúde como percentual do total das despesas do governo. Os custos com saúde na América Latina estão em ascensão, impulsionados pelo peso crescente das DCNTs. As mortes por DCNTs representam mais de 70% do total de óbitos em todos os países analisados (Figura 4).

O alto peso das DCNTs na América Latina é não apenas um grande fator de aumento de custos em saúde, mas também gera impactos econômicos significativos, como perdas de produtividade. Um estudo realizado em 2022 mostrou que essas doenças impõem custos econômicos substanciais às economias latino-americanas. Impulsionadas principalmente por DCNTs como doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes tipo 2, câncer e doenças isquêmicas do coração, as perdas de produtividade variam entre 2,5% e 6,4% do PIB entre os oito países estudados.¹⁸ Outro estudo, centrado na Costa Rica e Peru, estimou que as perdas de produtividade relacionadas às DCNTs e aos transtornos mentais atingem US\$ 81,96 bilhões (em dólares de 2015) na Costa Rica e US\$ 477,33 bilhões no Peru, para o período de 2015 a 2030. Uma análise recente da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) concluiu que as DCNTs e os transtornos mentais custarão à região mais de US\$ 7,3 trilhões em perdas de produtividade e gastos com saúde entre 2020 e 2050.¹⁹ Há uma necessidade urgente de ampliar os investimentos em doenças crônicas na América Latina, tanto para reduzir a prevalência dessas condições quanto pelos altos benefícios econômicos associados à prevenção das perdas de produtividade.^{19, 20}

Figura 4: Causas de morte por tipo de doença (% do total)

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS), Mortality and Global Health Estimates

2. Situação da cobertura universal de saúde e papel do financiamento público

A Cobertura Universal de Saúde (UHC) na América Latina apresentou avanços notáveis nas últimas duas décadas, com diversos países ampliando o acesso a serviços essenciais de saúde e reduzindo barreiras financeiras. A existência de orçamentos públicos confiáveis, prioridades claramente definidas no setor saúde, metas de desempenho e flexibilidade na execução orçamentária são fatores fundamentais para fortalecer os sistemas financeiros necessários à implementação e sustentabilidade eficazes da UHC.³

O Índice de Cobertura de Serviços de Saúde (SCI, Service Coverage Index), elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), classifica os países em uma escala de 0 a 100, em que pontuações mais altas indicam maior acesso a serviços essenciais de saúde. O SCI abrange 14 serviços essenciais de saúde, agrupados em quatro categorias principais: (i) saúde reprodutiva, materna, neonatal e; (ii) doenças infecciosas; (iii) doenças não transmissíveis (NCDs, Non-Communicable Diseases); e (iv) capacidade e acesso aos serviços de saúde (SCA, Service Capacity and Access). Em 2021, as pontuações do SCI na América Latina variaram entre 59 e 82, revelando profundas desigualdades entre os países da região, o que indica disparidades na qualidade dos serviços, no acesso de populações marginalizadas e na proteção financeira (Figura 5a).²¹ Os países mais avançados em termos de cobertura incluem Chile (80), Brasil (80), Colômbia (80) e Costa Rica (80), todos com pontuações iguais ou superiores a 80. Embora esses quatro países apresentem o mesmo índice geral de cobertura (SCI), observa-se, na Figura 5b, variação na cobertura dos serviços entre as quatro categorias mencionadas. Outros países apresentaram pontuações de Peru (71), México (75), Equador (77) e Argentina (79).²² As mudanças na cobertura dos serviços essenciais de saúde variaram amplamente, especialmente devido à pandemia de

COVID-19. Países como Peru e Brasil apresentaram estagnação ou declínio nos indicadores desde o período anterior à pandemia.¹

Figura 5a: Evolução do índice de cobertura de serviços de UHC na América Latina

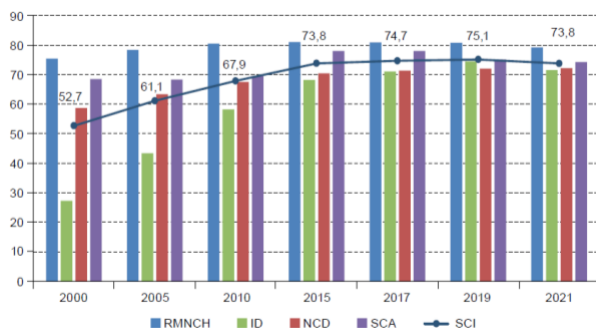
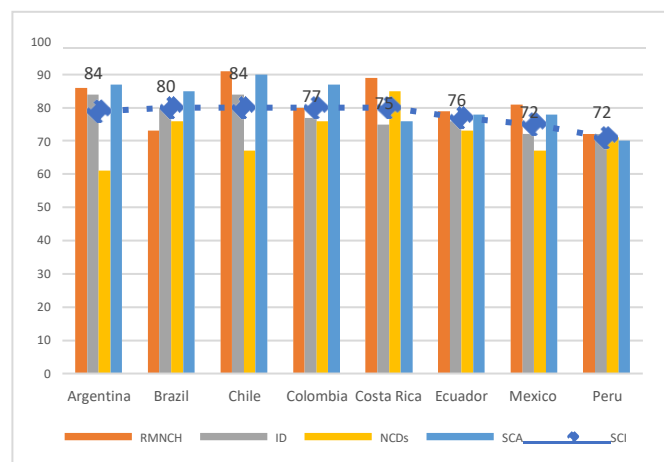


Figura 5b: Índice de cobertura de serviços de UHC por país,



Fonte: Figura 5a extraída do relatório da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL): La sostenibilidad financiera de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe: desafíos para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal. Figura 5b baseada em dados do Observatório Global de Saúde da OMS (WHO Global Health Observatory): <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-index-of-service-coverage>

Notas:

- RMNCH: saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil; ID: doenças infecciosas; DNT: doenças não transmissíveis; SCA: capacidade e acesso aos serviços de saúde; SCI: índice de cobertura de serviços de saúde.
- A média da América Latina foi calculada com base em dados de Argentina, Belize, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guiana, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela.
- A OMS reporta as pontuações ≥ 80 de forma agrupada, sem divulgar o valor exato, para tornar as comparações entre países mais realistas. Assim, Chile, Brasil, Colômbia e Costa Rica são apresentados com pontuações ≥ 80 . <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-index-of-service-coverage>

A provisão da Cobertura Universal de Saúde (UHC) nos países latino-americanos selecionados é realizada por meio de diversos esquemas-chave, financiados principalmente por tributos gerais e contribuições à seguridade social. Há grande variação na forma de implementação da UHC entre os países, em função de seus sistemas de saúde, arquitetura de financiamento e características socioeconômicas e políticas (Tabela 4). Na Argentina, os esforços pela UHC são fragmentados entre os setores público, de seguridade social (Obras Sociales) e privado. O sistema público, financiado por impostos gerais, atende a população não segurada, enquanto o sistema de seguridade social (Obras Sociales) é financiado por contribuições de empregadores e empregados do setor formal.^{23–25} Apesar do elevado gasto público em saúde (aproximadamente 5,8% do PIB), a fragmentação orçamentária e as ineficiências têm gerado problemas de distribuição equitativa e qualidade dos serviços. Um estudo sobre as disparidades socioeconômicas no uso dos serviços de saúde dentro do sistema fragmentado e descentralizado da Argentina constatou um viés pró-rico, indicando que indivíduos de maior

status socioeconômico têm maior probabilidade de utilizar serviços de saúde em comparação com os de menor renda. O estudo concluiu que a alocação orçamentária em saúde da Argentina pode não estar abordando adequadamente as desigualdades socioeconômicas no acesso aos cuidados.²

No Brasil, existe um sistema dual de saúde, no qual o Fundo Nacional de Saúde (FNS) financia a provisão pública, enquanto seguradoras privadas atendem populações de maior renda.²⁶ O Sistema Único de Saúde (SUS) é o maior sistema público de saúde da região, oferecendo serviços gratuitos a toda a população. Financiados por impostos federais, estaduais e municipais, o SUS alcançou melhorias expressivas na saúde materna e infantil, mas ainda enfrenta desafios relacionados à suficiência de financiamento e à qualidade dos serviços.⁸ O Fondo Nacional de Salud (FONASA) do Chile cobre cerca de 78% da população, sendo financiado por uma contribuição obrigatória de 7% sobre a folha de pagamento. As pessoas de maior renda podem optar por seguros privados, oferecidos pelas Instituciones de Salud Previsional (ISAPREs). O sistema chileno é caracterizado pela fragmentação, decorrente da coexistência de provisões públicas e privadas.^{27,28} Na Colômbia, o Plan de Beneficios en Salud (PBS), integrante do Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), é financiado por impostos gerais e contribuições sobre a folha salarial. O PBS oferece um pacote unificado de benefícios tanto para as populações contributivas quanto para as subsidiadas, tendo ampliado significativamente o acesso desde as reformas de 1993.^{29,30} Os prestadores vinculados ao PBS são remunerados com base em uma unidade de pagamento per capita (UPC) pelos serviços cobertos. A Colômbia também adota um mecanismo de financiamento adicional, denominado Presupuestos Máximos en Salud (Orçamentos Máximos em Saúde), que financia serviços e tecnologias não incluídos no PBS. Esse mecanismo tem como objetivo ampliar a abrangência dos serviços, cobrindo procedimentos além do escopo do pacote básico remunerado pela UPC.^{31,32} No Equador, o Instituto Equatoriano de Seguridad Social (IESS) cobre trabalhadores do setor formal, além das forças armadas e da polícia nacional, por meio de contribuições sobre a folha salarial. O Ministério da Saúde Pública utiliza receitas tributárias para prestar serviços de saúde à população não coberta por nenhum esquema. Juntas, essas entidades formam a Rede Pública de Atención Integral à Saúde (Red Pública de Atención Integral en Salud).^{33,34} A existência de múltiplos esquemas resulta em duplicações, fragmentação e problemas de acesso e qualidade. Nos últimos anos, o sistema de seguros de saúde do México passou por profundas transformações.

Até 2020, o Seguro Popular era o maior programa público de seguro de saúde do país, tendo funcionado por mais de 15 anos e beneficiado mais de 50 milhões de pessoas. Com uma mudança de governo, o Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) — que cobre o público geral e o setor privado — e o Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) — que cobre servidores públicos — foram reorganizados. Além disso, o Seguro Popular foi substituído pelo Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), que cobre indivíduos não elegíveis para o IMSS ou o ISSSTE. Estudos recentes indicam que a transição do Seguro Popular para o novo sistema gerou lacunas nos serviços, redução da cobertura e menor proteção financeira, com uma queda de 16,8% na taxa de pessoas seguradas.^{35–37} No Peru, os principais esquemas de UHC incluem o Seguro Integral de Salud (SIS) — não contributivo e subsidiado, voltado à população pobre e ao setor informal — e o Seguro Social de Salud (EsSalud) — contributivo, financiado por uma contribuição de 9% sobre a folha

salarial, que cobre trabalhadores formais ³⁸ e seus dependentes. O SIS é financiado pelo orçamento público e inclui o Plano Essencial de Garantia em Saúde (Plan Esencial de Aseguramiento en Salud), com um pacote de serviços essenciais. O SIS também oferece serviços complementares, incluindo ações preventivas, curativas e reabilitadoras, por meio de uma rede de 8.000 estabelecimentos públicos de saúde.^{38 39 40} Leis recentes sobre UHC ampliaram os benefícios e a cobertura dos serviços, estendendo o acesso da população nos últimos anos.^{41,42} No entanto, a coexistência de múltiplos esquemas e provedores tem levado à duplicação, fragmentação e grandes variações na provisão de serviços, no acesso e na alocação de recursos entre o SIS e o EsSalud.⁴⁰ A Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), da Costa Rica, é amplamente reconhecida como um modelo bem-sucedido de cobertura universal, financiado por contribuições sobre a folha salarial e impostos governamentais (Caixa 1). Por meio de agrupamento de recursos, subsídios cruzados e distribuição pró-pobre, a CCSS garante acesso quase universal a uma ampla gama de serviços de saúde para toda a população.

Caixa 1. O modelo de UHC da Costa Rica: a Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)

Visão geral:

- Criada em 1941, a CCSS administra quase todos os serviços públicos de saúde para cidadãos e residentes legais do país.
- A partir de meados da década de 1990, houve uma transferência da prestação de serviços do Ministério da Saúde para a CCSS, integrando os níveis primário, secundário e terciário de atenção.

Financiamento da CCSS:

- Financiada por contribuições sobre a folha de pagamento e impostos:
 - 15% da folha de pagamento, divididos entre empregadores (9,25%), empregados (5,5%) e o governo (0,25%).
 - Outras receitas tributárias, incluindo impostos com destinação específica, como impostos sobre bens de luxo, são utilizados para subsidiar as populações de baixa renda.

Cobertura:

- Atingiu cobertura universal e obrigatória após décadas de expansão contínua.

Principais inovações em eficiência, qualidade e equidade:

- Centralização das receitas e redistribuição com base em necessidades.
- Custos administrativos muito baixos (entre 3-4%) do orçamento.⁴³
- Reformas apoiadas por doadores para: implementar a expansão a atenção primária, (Equipos Básicos de Atención Integral de Salud – EBAIS); Digitalizar os prontuários de saúde, por meio do sistema EDUS, implementado em todo o país até 2019; Fortalecer a alocação estratégica de recursos, com o apoio do Banco Mundial, por meio do programa “Program for Results”, que integra redes de atenção, financiamento por capitação, digitalização e alocação de recursos baseada em desempenho.^{44,45}
- Estratégia de “contratação interna”, na qual metas de desempenho são negociadas com autoridades regionais de saúde, com base nos recursos disponíveis, nas características populacionais e no desempenho anterior, para monitorar o desempenho em saúde.⁴³
- A partir de 2024, a CCSS está adotando o modelo de compra estratégica de serviços, substituindo o orçamento histórico por um modelo de capitação.⁴⁶

Resultados em saúde e financiamento:

- **Altos níveis de investimento em saúde** em comparação com outros países da América Latina e Caribe (ALC), superando inclusive vários países da OCDE. **Em 2022, o gasto público doméstico em saúde foi equivalente a 5,2% do PIB**, acima da média regional da ALC (4,1%), embora ainda abaixo da média da OCDE (8,3%) e de países como Cuba (10,5%), Uruguai (6,3%) e Argentina (5,6%).¹⁵
- **Em 2022, a saúde representou 25,8% das despesas totais do governo**, superando tanto a média regional da ALC (11,7%) quanto países da OCDE como Chile (19%).¹⁵
- **Acesso universal a toda a gama de serviços de saúde, com excelentes indicadores de saúde** — a expectativa de vida (80 anos) é uma das mais altas da região da ALC e supera a de muitos países da OCDE.¹³
- **Acesso gratuito no ponto de atendimento**, sem coparticipações formais; os gastos diretos das famílias são, em sua maioria, não catastróficos.^{45, 46}
- **Financiamento equitativo da UHC**: os 20% mais pobres da população recebem cerca de 30% dos recursos da CCSS, enquanto os 20% mais ricos concentram apenas 11%; há níveis semelhantes de utilização dos serviços de saúde entre grupos socioeconômicos e entre áreas urbanas e rurais.^{43, 47}

Fontes: Compilação dos autores com base em múltiplas fontes.

O financiamento público da Cobertura Universal de Saúde (UHC) é fundamental para mitigar os altos gastos diretos das famílias e garantir o acesso dos mais vulneráveis. Embora a oferta pública de UHC, financiada por tributação geral e seguros sociais de saúde seja bastante avançada na região da América Latina, há grandes variações na cobertura e no progresso com base nos sistemas e estruturas exclusivos de cada país. Nas seções seguintes, descrevemos as questões de fragmentação, duplicação e ineficiência que levaram a desigualdades e problemas de acesso aos serviços de saúde nesses países.

Tabela 4. Esquemas de cobertura universal de saúde (UHC) nos países selecionados da América Latina

País	Nome do Esquema	Financiamento	Cobertura populacional por subsistemas (2019)			
			Público (%)	Segurida de Social	Privado	Outros (%)
Argentina	Obras Sociales e Programa de Assistência Médica Integral (PAMI)	Contribuições obrigatórias de empregadores (3%) e empregados (6%), além de contribuições federais e municipais.	Universal	51.0	7.9%	3.2
	Plano Médico Compulsório, Programa Médico Obrigatório (PMO)	Financiado por meio das contribuições das Obras Sociales e de seguros privados.				
Brasil	Sistema Único de Saúde (SUS)	Receitas tributárias e contribuições sociais de governos federal, estadual e municipal.	Universal (SUS)	0,0	19,6	0,0

Chile	Fondo Nacional de Salud (FONASA) e Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE)	Contribuições obrigatórias sobre a folha de pagamento (7% da renda) e tributação geral.	Universal (Garantia Explícita de Saúde)	73,5	16,3	6,7
Colombia	Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS)	Contribuições sobre a folha de pagamento (regime contributivo) e tributação geral (regime subsidiado).	Universal (Plano básico de saúde sob o SGSSS)	91,1	N/A	3,9
Costa Rica	Caixa Costarricense de Seguro Social (CCSS)	Contribuições sobre a folha de pagamento e tributação geral.	Universal (sob a CCSS)	0,0	0,0	0,0
Equador	Instituto Equatoriano de Seguridade Social (IESS) e ISSFA e ISSPOL para forças armadas e policiais	Contribuições sobre a folha de pagamento e tributação geral.	Universal	29,1		
México	Instituto Mexicano do Seguro Social (IMSS) – Regimes Ordinário e Bienestar	Tributação geral e subsídios do governo federal.	Universal			
Peru	Seguro Integral de Saúde (SIS) e EsSalud	Tributação geral (SIS) e contribuições sobre a folha de pagamento (EsSalud).	Universal (sob o SIS)	24,0	5,5	N/A

Fonte: Compilação dos autores com base em diversos relatórios e artigos publicados.

Nota: Os dados de cobertura populacional em saúde (exceto para Equador e México) foram extraídos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), “Universal Health in the 21st Century: 40 Years of AlmaAta” (Saúde Universal no Século XXI: 40 Anos de Alma-Ata), Relatório da Comissão de Alto Nível, edição revisada, Washington, D.C.: OPAS; 2019. Os dados populacionais sobre o Equador baseiam-se em: Lucio R., López R., Leines N., Terán J.A. El financiamiento de la salud en Ecuador. Revista PUCE, 3(108), 2019. Disponível em: <https://www.revistapuce.edu.ec/index.php/revpuce/article/view/215>.

3. Orçamentação em Saúde

Nesta seção, descrevemos as principais características, desafios e avanços dos diferentes aspectos do sistema de orçamentação em saúde nos países analisados.

3.1 Legislação

Em toda a América Latina, o financiamento da saúde é moldado por legislações orçamentárias nacionais e marcos institucionais que variam de país para país (Tabela 5). Esses marcos legislativos refletem trajetórias diversas em direção ao financiamento da saúde, com diferentes graus de centralização, proteção fiscal e coerência institucional, fatores que influenciam como os orçamentos de saúde são alocados e geridos na região.

Na Argentina, o orçamento da saúde está incorporado ao orçamento nacional e é regido pela Lei Orçamentária Nacional. O sistema é altamente descentralizado, sendo os governos provinciais responsáveis pela prestação dos serviços de saúde.^{48,49} A Lei 24.193/1992 instituiu as Obras Sociales, mecanismo obrigatório de seguro social de saúde no país.⁵⁰ No Brasil, o direito à saúde é constitucionalmente garantido desde a Constituição Federal de 1988. O SUS brasileiro é financiado por recursos federais, estaduais e municipais, e regulamentado pela Lei nº 8.080/1990.

Entretanto, restrições fiscais impostas pela Emenda Constitucional nº 95 (PEC 95/2016) limitaram o crescimento dos gastos em saúde por 20 anos, pressionando fortemente o sistema público.^{51–53} No Chile, o orçamento da saúde é alocado anualmente por meio do orçamento nacional e regulado pela Lei Orçamentária, sendo o arcabouço constitucional responsável por assegurar as obrigações públicas em saúde. Embora o sistema seja mais centralizado, o governo tem proposto reformas, como o Fondo Universal de Salud (FUS), com o objetivo de unificar as fontes de financiamento da saúde.⁵⁴

Na Colômbia, a Lei 100 de 1993 foi um marco para a criação do atual sistema de seguro de saúde, composto por dois regimes — o subsidiado e o contributivo — no âmbito do Sistema Geral de Seguridad Social em Saúde (SGSSS). Essa lei buscou garantir cobertura universal e melhorar o acesso, a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde.²⁹ Em 2011, a Lei 1438 unificou o pacote de benefícios dos dois regimes, garantindo igualdade de benefícios a todos os colombianos, independentemente do regime.⁵⁵ Um informante-chave resumiu: “A lei estatutária obriga o governo a igualar os regimes contributivo e subsidiado, e agora todos têm o mesmo pacote de benefícios.”. Antes dessa legislação, o orçamento de saúde da Colômbia era pequeno, e o país precisou de 20 anos de esforço gradual para ampliar a alocação orçamentária e cobrir toda a população. Outro mecanismo fundamental é o “mecanismo de tutela”, introduzido pelo Artigo 86 da Constituição de 1991, que protege o direito de acesso à saúde. Esse instrumento permite que qualquer cidadão solicite judicialmente o acesso a um serviço negado pelo segurador, e o juiz pode ordenar que o serviço seja prestado em até 15 dias. Embora aumente a responsabilização dos prestadores, esse mecanismo impacta o orçamento da saúde, ao exigir financiamento imediato de todos os serviços e medicamentos incluídos no pacote abrangente de benefícios.^{56,57} Embora o mecanismo de tutela permita aos cidadãos reivindicar seu direito à saúde por meio dos tribunais, por um lado, por outro lado, ele aumentou a pressão sobre as alocações fiscais e a eficiência da implementação, contribuindo também para a imprevisibilidade na execução do orçamento. Atualmente, a Colômbia passa por reformas significativas sob o governo de Gustavo Petro, em resposta aos graves desafios financeiros do SGSSS. Nos últimos anos, as EPS (Entidades Promotoras de Saúde) têm gastado mais do que arrecadam, gerando um déficit financeiro substancial. Além disso, informantes destacaram que a UPC vem sendo ajustada com base apenas na inflação geral, em vez de estudos atuariais que reflitam o custo real dos cuidados. Como os custos dos cuidados de saúde evoluem de forma diferente e muitas vezes ultrapassam a inflação, isso tem comprometido a sustentabilidade do sistema de saúde e afetado a qualidade dos cuidados de saúde. A reforma proposta (Projeto de Lei

339/2023) busca transferir o controle do financiamento do sistema de saúde de empresas privadas para o governo, avançando em direção a um modelo público de pagador único. O plano propõe eliminar as EPS e substituí-las por Gestores de Saúde e Vida, entidades que não administrariam fundos, mas coordenariam os serviços de saúde, recebendo uma percentagem do orçamento estatal com base no desempenho.⁵⁸ Além disso, o financiamento e a gestão seriam centralizados em uma única entidade pública — a Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) — responsável por reembolsos e pagamentos relacionados à UPC e aos Orçamentos Máximos.⁵⁹

Na Costa Rica, a Cobertura Universal de Saúde (UHC) é financiada principalmente pela Caixa Costarriquenha de Seguro Social (CCSS), cujo orçamento integra o orçamento nacional e é regido pelo Artigo 176 da Constituição.⁶⁰ Assim como na Colômbia, o país também vive um processo de judicialização da saúde: caso um medicamento não esteja imediatamente disponível, o cidadão pode recorrer à Câmara Constitucional, e, segundo um informante, “O Fundo de Seguridad Social é obrigado, enquanto o caso está em análise, a fornecer um medicamento substituto imediatamente.” Esse mecanismo legal vem sendo amplamente utilizado para acesso a terapias inovadoras e de alto custo, o que impacta o orçamento e gera incertezas financeiras, dependendo do número de pedidos de proteção jurídica apresentados. No Equador, o Artigo 12 da Constituição de 2018 declara a saúde como direito humano fundamental.^{61, 62} Embora o país seja descentralizado na teoria, há um forte controle do governo central sobre a política de saúde, com o orçamento seguindo as diretrizes constitucionais e o Plano Nacional de Desenvolvimento.^{63, 64} No entanto, a presença de múltiplos esquemas e arranjos institucionais resulta em fragmentação do sistema de saúde.^{61, 62}

No México, país federativo, o orçamento de saúde é regido pela Lei Federal de Orçamento e Responsabilidade Fiscal e pela Constituição, com os fundos sendo distribuídos entre várias entidades descentralizadas. Reformas recentes criaram o IMSS-Bienestar para unificar a prestação de serviços aos não segurados.^{65, 66} No Peru, os recursos são alocados por meio da Lei Orçamentária Nacional, com rubricas específicas para o Ministério da Saúde (MINSA) e o Seguro Integral de Saúde (SIS) — o esquema público de seguro —, embora o sistema permaneça fragmentado entre regiões e instituições.^{67, 68}

Tabela 5. Principais legislações e leis relacionadas ao orçamento em saúde

País	Principais legislações sobre o orçamento em saúde
Argentina	O orçamento da saúde faz parte do orçamento nacional e é regido pela Lei Orçamentária Nacional. Estrutura descentralizada. O sistema orçamentário é determinado principalmente pela Lei nº 24.156, sobre Administração Financeira e Sistemas de Controle do Setor Público Nacional, e suas regulamentações. A Lei nº 23.660 é a Lei de Seguro de Saúde, que instituiu o sistema de Obras Sociales para empregados e seus familiares e definiu os serviços básicos de saúde (PMO – Programa Médico Obrigatório).

Brasil	A Constituição Federal de 1988 estabeleceu o direito garantido à saúde. A Lei Orçamentária Anual (LOA) e a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) regem o orçamento geral. A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 criou o Sistema Único de Saúde (SUS) e definiu as responsabilidades na provisão de saúde pública. A Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC 29) fixou percentuais mínimos de receitas tributárias que os governos federal, estaduais e municipais devem destinar à saúde pública.
Chile	O Artigo 19 da Constituição garante o direito à proteção da saúde e estabelece o dever do Estado de assegurar acesso livre e igualitário à saúde. A constituição e a lei orçamentária. O orçamento da saúde integra o orçamento nacional anual, regulado pela Lei Orçamentária e definido pela Constituição. A Lei de Garantias de Saúde nº 19.966/2005 (Acceso Universal con Garantías Explícitas – AUGE) criou o Sistema de Garantias Explícitas de Saúde (GES), assegurando acesso, qualidade, proteção financeira e oportunidade para um conjunto definido de condições de saúde.
Colômbia	A Lei 38 de 1989 estabelece que o orçamento da saúde faz parte do orçamento nacional. A Lei 100 de 1993 criou o Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS), instituindo os regimes contributivo e subsidiado e definindo papéis para as EPS (Entidades Promotoras de Saúde) e IPS (Instituições Prestadoras de Serviços). A Lei 1438 de 2011 introduziu modelos de atenção integral para doenças crônicas e saúde mental no SGSSS, fortalecendo as redes de atenção primária. A Lei 715 de 2001 regula a alocação de recursos para departamentos e municípios nas áreas de saúde, educação e serviços sociais. A Lei 1955 de 2019 criou o mecanismo de Orçamentos Máximos, destinado a financiar serviços e tecnologias não incluídos na Unidade de Pagamento por Capitação (UPC).
Costa Rica	O Artigo 176 da Constituição estabelece que o orçamento da saúde faz parte do orçamento nacional. A Lei nº 17/1941 criou a Caixa Costarricense de Seguro Social (CCSS), responsável pela administração da saúde e seguridade social. A Lei nº 7772/1998 atualizou a gestão dos serviços de saúde sob a CCSS e regulamentou os direitos dos pacientes
Equador	A Constituição determina que o orçamento da saúde integra o orçamento nacional. O Orçamento Geral do Estado (Artigo 292) é o principal instrumento de gestão das receitas e despesas públicas. A Lei de Reforma da Saúde de 1997 iniciou a reestruturação do sistema de saúde em níveis provincial e distrital, com foco na atenção primária e descentralização. O Código Orgânico de Saúde (COES) de 2006 consolidou a regulamentação da saúde pública, definiu a estrutura do sistema de saúde e estabeleceu direitos e deveres de usuários e prestadores. As reformas constitucionais de 2008 instituíram o Seguro Universal Obrigatório.
México	O orçamento da saúde faz parte do orçamento nacional e segue a Lei Federal de Orçamento e Responsabilidade Fiscal e a Constituição. País federativo e descentralizado. A Lei do Seguro Popular de 2003 criou o programa Seguro Popular, para oferecer cobertura a pessoas não seguradas, antes de sua integração ao Instituto de Saúde para o Bem-Estar (INSABI) em 2020. A Lei do INSABI (2020) substituiu o Seguro Popular, oferecendo cobertura universal e gratuita para serviços básicos e medicamentos àqueles sem seguridade social. A Lei Geral de Saúde de 1984, atualizada em 2014, regula a estrutura do sistema de saúde, os direitos e a saúde pública. O Decreto de 2023 da Lei Geral de Saúde extinguiu o INSABI e transferiu a responsabilidade de prover serviços gratuitos aos não segurados para o IMSS-Bienestar.

Peru

A Lei nº 28.411 – Lei Geral do Sistema Nacional de Orçamento Público rege o orçamento nacional. A Lei nº **26.842/1997** estabeleceu o direito à saúde e definiu as responsabilidades do Estado para garanti-lo.

A Lei nº 27.657/2002 criou o Seguro Integral de Saúde (SIS), destinado a subsidiar o seguro de saúde para pessoas de baixa renda, sob gestão do Ministério da Saúde (MINSA).

Fonte: Compilação dos autores com base em múltiplas fontes.

Vários aspectos-chave relacionados à legislação orçamentária foram destacados pelos informantes-chave durante as entrevistas. No Chile, observou-se ausência de uma abordagem programática na legislação orçamentária — os orçamentos de saúde são definidos por unidade ou estabelecimento, e não por programa. Isso limita a capacidade de acompanhar e alinhar os gastos com as prioridades nacionais de saúde, como atenção primária ou intervenções voltadas a doenças específicas. Países como México, Equador, Costa Rica e Peru possuem múltiplos subsistemas coexistentes — por exemplo, seguridade social, serviços administrados por ministérios e seguros privados —, frequentemente regidos por instrumentos legais distintos, cada qual com regras próprias de financiamento. Essa fragmentação entre subsistemas gera ineficiências e dificuldades de coordenação. Informantes também observaram que, no Equador, a Constituição obriga aumentos periódicos do orçamento da saúde, mas essa exigência legal nem sempre é financeiramente viável, já que não há fonte de financiamento assegurada para cumpri-la. Como resultado, há pressão fiscal e dependência crescente de endividamento para atender às metas de gasto legalmente determinadas. Equador e Peru possuem leis que definem como o orçamento da saúde deve ser elaborado. O Peru se destaca por incorporar legalmente a orçamentação baseada em evidências, o que representa uma inovação positiva. No entanto, há descompasso entre a intenção legislativa e a implementação prática, o que torna seus resultados ainda incertos. Na Colômbia e na Costa Rica, a legislação define o financiamento da saúde com base em impostos e contribuições de seguridade social. Contudo, a dependência legal de contribuições do setor formal está desalinhada com a realidade econômica da região, marcada por altos níveis de informalidade. Isso reduz a base de arrecadação e compromete a sustentabilidade dos sistemas de financiamento da saúde.

De modo geral, a legislação do setor de saúde na América Latina sofre com uma combinação de falta de especificidade, fragmentação e mandatos legais ambiciosos sem respaldo fiscal. Embora alguns países estejam introduzindo leis orçamentárias mais baseadas em evidências, a maioria ainda enfrenta dificuldades para construir coerência legislativa que sustente um financiamento integrado e sustentável dos sistemas de saúde.

3.2 Estruturas institucionais

Um elemento fundamental da gestão eficaz das finanças públicas (PFM) no setor de saúde é a definição clara das responsabilidades institucionais ao longo de todo o ciclo orçamentário — abrangendo preparação, aprovação, execução, prestação de contas e auditoria. Na América Latina, essas funções são normalmente compartilhadas entre os ministérios das Finanças, as autoridades de saúde e os órgãos de controle, com níveis variados de centralização ou descentralização.

As estruturas institucionais para a orçamentação em saúde na América Latina, conforme mostrado na Tabela 6 abaixo, refletem uma interação complexa entre os governos central e subnacional, com variações significativas no grau de descentralização e de coordenação institucional. As diferenças nas estruturas de governo também influenciam de forma importante as práticas orçamentárias entre os países. Países federativos e descentralizados, como Brasil, Argentina e México, apresentam processos orçamentários mais complexos e descentralizados, nos quais os governos subnacionais desempenham um papel essencial no planejamento, nos gastos e na prestação de serviços. Em contraste, sistemas unitários como Chile, Costa Rica e Equador mantêm um controle mais centralizado, o que permite uma implementação mais uniforme das políticas de saúde.

Tabela 6: Estruturas institucionais para orçamentação em saúde na América Latina

País	Separação entre elaboração e execução do orçamento	Proposta orçamentária de saúde	Revisão e aprovação do orçamento de saúde	Execução orçamentária da saúde	Relatórios	Auditoria
Argentina	Orçamento elaborado centralmente pelo Ministério das Finanças (MoF) e executado pelo Ministério da Saúde (MoH) e governos subnacionais.	O Ministério da Saúde (MoH) prepara e submete ao Ministério das Finanças (MoF).	O Ministério das Finanças (MoF) define os tetos orçamentários; o Gabinete finaliza o orçamento e a Comissão de Orçamento e Finanças do Congresso revisa e altera antes da aprovação final pelo Congresso.	O Ministério da Saúde (MoH), no nível federal, executa; províncias/municípios utilizam tesourarias provinciais e o sistema SIDIF.	O Ministério das Finanças (MoF) publica relatórios mensais e trimestrais baseados em caixa; Declaração Pré-Orçamentária e outros documentos de transparência.	Federal: SIGEN (Sindicatura Geral da Nação); subnacional: tribunais provinciais (ex.: Tribunal de Contas de Buenos Aires audita contas de execução).
Brasil	Orçamento central elaborado pelo Ministério do Planejamento; execução descentralizada via SUS entre níveis federal, estadual e municipal.	O Ministério da Saúde (MoH), junto com o Ministério do Planejamento e a Presidência, prepara o orçamento.	O Ministério do Planejamento/Ministério das Finanças (MoF) revisa o orçamento e o envia ao Gabinete para nova análise. O Congresso aprova por meio da Lei Orçamentária Anual.	Nível federal via SIAFI/FNS; subnacional via estados e municípios utilizando o SIOP.	O SIAFI Brasil monitora a execução federal; o SIOPS fornece dados financeiros bimestrais de saúde subnacional.	Federal: Tribunal de Contas da União (TCU); subnacional: tribunais estaduais e municipais de contas.
Chile	Abordagem unificada: a DIPRES (Diretoria de Orçamento dentro do Ministério das Finanças) elabora o orçamento; o Ministério da Saúde (MoH) executa.	O Ministério da Saúde (MoH) elabora e submete à DIPRES.	A DIPRES negocia os tetos; o Comitê Orçamentário do Parlamento revisa o orçamento, e o orçamento aprovado é sancionado pelo Congresso.	O Ministério da Saúde (MoH) gerencia a execução nas regiões e municípios.	A DIPRES publica relatórios anuais de execução; o Ministério da Saúde (MoH) conduz auditorias de eficiência e revisões seletivas de gastos.	A Contraloría General de la República realiza revisões legais e prévias ('toma de razón') e auditorias.

Colômbia	O Ministério das Finanças (MoF) define os orçamentos; o Ministério da Saúde (MoH) e as Entidades Territoriais executam.	O Ministério da Saúde (MoH) elabora propostas e as envia ao Ministério das Finanças (MoF)	O Ministério das Finanças (MoF) integra o orçamento da saúde ao arcabouço fiscal de médio prazo. Após aprovação pelo Gabinete, o Congresso o sanciona como lei orçamentária.	Central: o Ministério da Saúde (MoH) executa os gastos federais em saúde. Subnacional: departamentos e municípios executam orçamentos de saúde financiados localmente.	O Ministério das Finanças (MoF) e a Direção de Finanças publicam execução orçamentária e arcabouço fiscal; o Ministério da Saúde compartilha o impacto fiscal das reformas.	A Contraloría General de la República audita execuções nacionais e territoriais; tribunais locais auditam entidades subnacionais.
Costa Rica	O Ministério das Finanças (MoF) define os tetos e o Ministério da Saúde (MoH) executa.	O Ministério da Saúde (MoH) elabora o orçamento e o submete ao Ministério das Finanças (MoF)	O Ministério das Finanças (MoF) e o Conselho Executivo revisam e aprovam; a Assembleia Legislativa sanciona via Lei Orçamentária Anual.	Central: o Ministério da Saúde no nível nacional; Áreas Regionais de Saúde implementam serviços localmente.	O Ministério das Finanças (MoF) publica relatórios anuais; o Ministério da Saúde (MoH) monitora por área de saúde.	A Contraloría General de la República audita as áreas centrais e regionais de saúde.
Equador	O Ministério das Finanças (MoF) define o orçamento nacional; o Ministério da Saúde Pública (MSP) e o IESS executam.	O Ministério da Saúde (MoH) elabora e submete à Secretaria de Finanças; o IESS apresenta proposta separada para sua rede.	O Gabinete aprova após negociação dos tetos; a Assembleia Nacional sanciona as leis.	O Ministério da Saúde (MoH) executa através de diretorias provinciais e hospitais públicos; o IESS administra separadamente seus hospitais e equipe.	O Ministério das Finanças publica orçamento e execução anuais; o MSP aplica ferramentas de monitoramento de custos e eficiência (MGPPSP/PERC)	A Contraloría General del Estado audita o MSP, o IESS e supervisiona divisões auditadas nos níveis subnacionais.
México	A SHCP (Ministério das Finanças) define o orçamento; o Ministério da Saúde (MoH) executa, juntamente com IMSS/ISSSTE/INSABI/IMSS-Bienestar.	O Ministério da Saúde (MoH) e os órgãos de seguridade social elaboram propostas; o Ministério das Finanças (MoF) integra ao plano anual de despesas.	O Ministério das Finanças (MoF) e o Gabinete negociam; o Congresso autoriza via Lei de Orçamento de Despesas ('Presupuesto de Egresos').	Central: Secretaria de Saúde (SSA) para serviços não segurados; subnacional: IMSS, ISSSTE, INSABI e clínicas locais. Estados/municípios os via IMSS Bienestar e clínicas locais	O Ministério das Finanças (MoF) fornece dados trimestrais e anuais sobre execução; a SSA e o Ministério das Finanças (MoF) prestação de serviços e o IMSS-Bienestar publicam métricas de execução de programas. A Agência para a Transparência Orçamental também publica relatórios trimestrais sobre a execução	A Auditoría Superior de la Federación audita gastos federais em saúde; auditores estaduais e subnacionais supervisionam execuções regionais.

orçamental						
Peru	O Ministério da Economia e Finanças (MEF) define os tetos; o Ministério da Saúde Peruano (MINSA) e o EsSalud executam.	O Ministério da Saúde (MS) elabora o pedido de orçamento e o submete ao MEF; o EsSalud apresenta proposta separadamente via Ministério do Trabalho e Assuntos Sociais. Outros prestadores de serviços da mesma forma	O MEF avalia e define tetos; o Gabinete aprova; o Congresso sanciona anualmente a Lei de Despesas.	O Ministério da Saúde (MS) executa nos níveis central e regional; o EsSalud atua via modelo de seguridade social.	O MEF publica taxas de execução; o Ministério da Saúde (MoH) reporta o uso de fundos.	A Contraloría General de la República audita o MoH, o EsSalud e administrações regionais subnacionais de saúde.

Fonte: Compilação do autor com base na análise de vários documentos de políticas nacionais e relatórios publicados.

Na Argentina, o Ministério das Finanças (MoF) é responsável pela formulação e pelo monitoramento do orçamento, enquanto o Ministério da Saúde (MoH) desenvolve os programas nacionais de saúde. A execução é compartilhada entre o Ministério da Saúde e os governos subnacionais. O Ministério da Saúde elabora a proposta orçamentária da saúde, que é submetida ao Ministério das Finanças (MoF). Os tetos orçamentários são definidos pela ONP, finalizados pelo Gabinete e aprovados pelo Congresso por meio de legislação anual. As responsabilidades de execução são divididas entre entidades federais e provinciais, coordenadas pelo Sistema Integrado de Informação Financeira (SIDIF). A auditoria orçamentária é conduzida pela Sindicatura-Geral da Nação (SIGEN) em nível federal, enquanto os tribunais de contas provinciais, como o Honorable Tribunal de Cuentas (HTC) em Buenos Aires, supervisionam a execução subnacional.

No Brasil, o orçamento federal é elaborado pelo Ministério do Planejamento em consulta com o Ministério da Saúde e o Ministério das Finanças (MoF), sendo posteriormente submetido ao Gabinete e aprovado pelo Congresso por meio da Lei Orçamentária Anual.

No sistema altamente descentralizado do Brasil, os governos estaduais também participam da elaboração de seus orçamentos de saúde, que informam o orçamento federal. A execução orçamentária é igualmente descentralizada: os governos federal, estaduais e municipais executam o orçamento por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). A fiscalização orçamentária é realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU) e pelos tribunais subnacionais.

O Chile centraliza o planejamento orçamentário por meio da Direção de Orçamento (DIPRES), vinculada ao Ministério das Finanças (MoF), responsável por desenvolver e monitorar a execução orçamentária. O Ministério da Saúde define as políticas e prioridades de serviços, além de executar o orçamento nos níveis nacional e subnacional. As auditorias e revisões legais do orçamento são realizadas pelo Gabinete da Controladoria-Geral da República.

A Colômbia combina uma formulação orçamentária centralizada, liderada pelo Ministério das Finanças (MoF), com execução compartilhada entre o Ministério da Saúde (nível nacional) e os governos subnacionais e municipais (nível local). O Ministério da saúde elabora o orçamento da saúde, que é integrado ao marco fiscal de médio prazo. A Controladoria-Geral da República audita os orçamentos nacional e subnacionais, com apoio de órgãos de auditoria locais.

Na Costa Rica, o Ministério das Finanças define os tetos orçamentários, enquanto o Ministério da saúde formula e executa o orçamento. A execução orçamentária é supervisionada pelo Ministério da saúde, enquanto as Áreas Regionais de Saúde e as clínicas dos Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS) realizam os serviços de saúde. A Caixa Costarricense de Seguro Social (CCSS), que administra a oferta de serviços, opera de forma amplamente independente, com seus próprios mecanismos de financiamento (contribuições sobre a folha de pagamento e impostos vinculados). Essa estrutura centralizada e verticalmente integrada tem sido fundamental para os fortes resultados em saúde e a sustentabilidade financeira do país. A Controladoria-Geral da República audita os gastos em níveis central e regional.

No Equador, o Ministério das Finanças define o teto orçamentário, mas a formulação e a execução são divididas entre o Ministério da Saúde Pública (MSP) e o Instituto Equatoriano de Seguridad Social (IESS), que elaboram e executam seus respectivos orçamentos. Como explicou um informante-chave: “O Ministério da Economia e Finanças define um teto global... então o Ministério da Saúde é responsável por organizar os recursos necessários para cada província, distrito e hospital.” – KI, Equador. O MSP atua por meio das diretorias provinciais de saúde e hospitais públicos, enquanto o IESS possui seu próprio sistema de prestação de serviços. O MSP é responsável pela prestação de contas e relatórios de desempenho, enquanto a Controladoria-Geral do Estado, junto às auditorias provinciais, realiza a supervisão.

O sistema orçamentário do México é complexo e envolve múltiplas agências. O Ministerio das Finanças, chamado Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), define o orçamento geral, enquanto o Ministerio da Saude e as instituições de seguridad social, como o Instituto Mexicano do Seguro Social (IMSS), o Instituto de Seguridad e Serviços Sociais dos Trabalhadores do Estado (ISSSTE) e o Instituto de Saúde para o Bem-Estar (INSABI), elaboram propostas setoriais específicas. A SHCP e o Gabinete de Administração Pública consolidam e revisam as propostas, que são aprovadas pelo Gabinete e promulgadas pelo Congresso por meio do Presupuesto de Egresos anual. A execução do orçamento é compartilhada entre entidades federais e subnacionais, enquanto a Auditoria Superior da Federação (ASF) realiza auditorias federais, e as auditorias estaduais se encarregam da fiscalização subnacional.

No Peru, o Ministério da Economia e Finanças (MEF) define os tetos orçamentários e avalia as propostas orçamentárias. Tanto o Ministerio da Saude Peruano (MINSA), que financia o seguro gratuito ou subsidiado para pessoas sem cobertura, quanto o EsSalud, que oferece seguro social obrigatório aos trabalhadores formais, preparam orçamentos separados. Esses orçamentos são revisados pelo MEF, encaminhados ao Gabinete e aprovados pelo Congresso. Assim como na maioria dos países, a Controladoria-Geral da República audita o orçamento da saúde. Um informante-chave peruano esclareceu o

papel das diferentes agências: “O Congresso aprova o orçamento... [mas] a negociação é intensa e voltada para infraestrutura. Eles não se envolvem em aspectos técnicos, como o orçamento de medicamentos.” – KI, Peru.

Há semelhanças e diferenças importantes nas estruturas institucionais dos orçamentos de saúde entre esses países, identificadas tanto na revisão documental quanto nas entrevistas.

Primeiro, em praticamente todos os países, os Ministérios das Finanças, do Planejamento Nacional ou da Fazenda desempenham um papel dominante na definição dos tetos e alocações orçamentárias. Essas instituições exercem grande poder e influenciam fortemente o orçamento da saúde ao definir limites, avaliar propostas e negociar recursos. Na Colômbia, por exemplo, informantes relataram que a mudança para o financiamento via impostos — em razão da alta informalidade — fortaleceu o papel do Ministério da Fazenda: “Como resultado das discussões com bancos multilaterais sobre informalidade laboral, uma parcela significativa das contribuições à saúde foi substituída por impostos gerais. Isso torna o cofinanciamento nacional mais relevante e amplia o papel do Ministério da Fazenda nas decisões orçamentárias.” – KI, Colômbia.

Em segundo lugar, em todos os países, o Ministério da Saúde é a principal autoridade responsável por elaborar o orçamento setorial e coordenar as instituições envolvidas na prestação de serviços.

Terceiro, a aprovação legislativa do orçamento final — envolvendo o Congresso, a Assembleia Nacional e o Gabinete — é um processo comum em todos os países. Contudo, de acordo com um informante o grau de influência do Legislativo sobre as alocações específicas para a saúde varia amplamente. No Peru, por exemplo, o Congresso negocia obras públicas, enquanto o Ministério da Saúde lida com os componentes técnicos do orçamento de saúde. Já na Argentina, o Congresso exerce influência significativa devido à instabilidade política, o que pode alterar a correlação de forças no processo orçamentário.

Em quarto lugar, todos os países contam com um órgão central de auditoria, geralmente a Controladoria-Geral, apoiada por entidades locais para auditorias subnacionais. Os informantes observaram que as responsabilidades de supervisão se concentram mais na execução do gasto do que nos resultados ou impactos na prestação de serviços. Um informante peruano diz: “É um controle da execução, não dos resultados ou do alcance dos objetivos.” – KI, Peru.

Apesar das semelhanças, existem diferenças substanciais nas estruturas institucionais e nos papéis desempenhados, conforme o contexto nacional. O grau de centralização orçamentária varia amplamente: países como Chile e Costa Rica são altamente centralizados, com uma formulação unificada conduzida por órgãos financeiros dentro do Ministério das Finanças; já Brasil, Colômbia e México possuem sistemas altamente descentralizados que envolvem ativamente governos subnacionais e municipais. Países descentralizados também tendem a envolver múltiplas agências na elaboração e execução do orçamento da saúde (como México, Peru e Equador), enquanto essas funções são mais concentradas nos Ministérios das Finanças em países centralizados. As entrevistas com informantes-chave também revelaram que muitos países operam

sistemas fragmentados, com subsistemas múltiplos, regras de financiamento distintas, estruturas de governança variadas e mandatos legais. Essa complexidade prejudica a eficiência, a coordenação e a responsabilização. Argentina e México enfrentam alta fragmentação, com sobreposição de papéis entre níveis de governo e mecanismos de financiamento diversificados. Costa Rica, Equador e Peru também apresentam divisão legal e estrutural entre os sistemas de seguridade social e os serviços do Ministério da Saúde. Os mecanismos de prestação de contas e transparência também variam entre os países. Alguns possuem sistemas de monitoramento mais avançados, com maior frequência e detalhamento, como o SIAFI e o SIOPS no Brasil, e os painéis de dados da SHCP no México. O Peru utiliza um painel digital que publica atualizações diárias sobre a execução orçamentária, com alto nível de detalhamento.⁶⁹ Em termos de integração entre planejamento e orçamento, Argentina, Colômbia e Peru utilizam o Marco Fiscal de Médio Prazo integrado aos orçamentos da saúde, enquanto os demais países seguem ciclos anuais, com diferentes níveis de conexão entre o planejamento anual e plurianual — tema que será aprofundado na próxima seção. Além disso, informantes observaram que crises macroeconômicas, pressões fiscais e transições políticas afetam diretamente como os mandatos legais são interpretados e aplicados. No Equador, por exemplo, há dispositivos constitucionais que exigem aumentos no orçamento da saúde, mas o país tem recorrido a empréstimos devido a restrições fiscais. Na Colômbia, a informalidade econômica redefiniu os modelos de financiamento, aumentando o peso da tributação pública nos orçamentos de saúde.

Nossa análise identificou que os países latino-americanos estudados possuem marcos legislativos e institucionais formais para o orçamento da saúde, mas sua implementação prática é limitada por fragmentação, informalidade e fragilidade dos mecanismos de cumprimento. Os Ministérios da Fazenda e do Planejamento dominam o processo, enquanto os Ministérios da Saúde, responsáveis por definir prioridades setoriais, frequentemente carecem de autoridade fiscal. Os Legislativos, embora incumbidos da aprovação orçamentária, geralmente exercem influência restrita sobre o conteúdo técnico e o monitoramento do desempenho orçamentário, ainda pouco desenvolvido. Um alinhamento mais forte entre mandatos legais, planejamento técnico e capacidade de implementação é essencial para ampliar o impacto dos orçamentos de saúde na Cobertura Universal de Saúde (UHC) e na equidade em saúde.

3.3 Planejamento, priorização e vinculação do orçamento no setor de saúde

Os processos de planejamento e definição de prioridades em saúde nos países latino-americanos estudados são realizados por meio de diversos mecanismos institucionais — que variam desde programações anuais até estratégias de longo prazo —, com diferentes níveis de integração ao orçamento da saúde. Na maioria dos países, são utilizados planos anuais com orçamentos por item e por programa, definidos com base na execução do ano anterior e em prioridades emergentes. Países como o Brasil e o México utilizam planos de médio prazo, como o Plano Nacional de Saúde (PNS), no caso do Brasil, e o Plano Setorial de Saúde, no caso do México, para orientar as prioridades de saúde dentro dos limites orçamentários estabelecidos.

A Tabela 7 a seguir apresenta uma visão geral dos diferentes tipos de planos de saúde que orientam as prioridades e os orçamentos de saúde nos países analisados.

Tabela 7: Principais planos de saúde e prioridades do setor de saúde por país

País	Planejamento estratégico	Prioridades estratégicas no setor de saúde	Plano nacional vs. planos subnacionais	Alinhamento orçamentário com as prioridades do plano
Argentina	Planejamento estratégico em saúde com abordagem descentralizada O Plan Nacional de Calidad en Salud orienta o orçamento.	Melhoria do acesso e da equidade em saúde, abordagem abrangente de atenção à saúde, aprimoramento da coordenação, da gestão da informação e dos recursos, melhoria do acesso a medicamentos, saúde materna e infantil.	Planos nacionais com apoio de planos provinciais no âmbito do Plan Sumar.	Alinhamento parcial entre prioridades estratégicas e recursos. O alinhamento é mais forte em programas baseados em resultados, como o Plan Sumar, que vincula metas provinciais às prioridades nacionais. Cortes recentes no orçamento levaram a programas subfinanciados.
Brasil	Abordagem de planejamento de médio prazo O Plano Nacional de Saúde (PNS) — atualmente em implementação — cobre o período 2024–2027.	Expansão da atenção universal e especializada, redução das iniquidades em saúde, controle de doenças evitáveis, aumento do acesso a medicamentos, insumos estratégicos e serviços farmacêuticos, avanços científicos e tecnológicos.	Planos estratégicos nacionais apoiados por planos locais de saúde sob o SUS.	Alinhamento parcial, com forte perspectiva de médio prazo. As estratégias de planejamento e financiamento facilitam a vinculação do orçamento às prioridades estratégicas; contudo, há disparidades regionais, limitações de implementação e restrições fiscais.
Chile	Abordagem de planejamento estratégico de médio e longo prazo A estratégia atual de saúde (2023–2026) está intimamente ligada à estratégia decenal Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2021–2030.	Fortalecimento da atenção primária, reformas abrangentes da CSU incluindo criação de um fondo universal de saúde (FUS), fortalecimento da gestão de riscos em saúde, melhoria no acesso oportuno a medicamentos, redução de tempos de espera, promoção de avaliações de tecnologias em saúde (HTA), fortalecimento da liderança e supervisão em saúde.	Planos estratégicos de caráter nacional com planos operacionais para distritos e municípios de saúde.	Alinhamento moderado. Existem metas e alocações claras, porém o financiamento é fragmentado, há gargalos legais e baixa transparência orçamentária.

Colômbia	Abordagem de planejamento estratégico de longo prazo Plano Nacional de Saúde Pública de 10 anos, apoiado pelo Plano Institucional Anual de Ação e pelo Plano Nacional de Desenvolvimento.	Erradicação de doenças evitáveis e controle de DCNTs, fortalecimento da vigilância e gestão de riscos em saúde, melhoria do acesso a serviços essenciais, ampliação dos cuidados paliativos.	Planos estratégicos nacionais apoiados por planos locais distritais de saúde.	Bom alinhamento entre planejamento e financiamento, com apoio legislativo. Contudo, o subfinanciamento e os esforços legislativos contínuos do governo atual ameaçam a coerência institucional.
Costa Rica	Abordagem de planejamento estratégico de médio e longo prazo O Plano Nacional de Saúde 2023–2033 é apoiado por vários planos de médio prazo e anuais.	Acesso à atenção integral, promoção da saúde, melhoria da gestão da informação e dos sistemas digitais, resposta a emergências e fortalecimento da governança.	Estratégias nacionais de saúde apoiadas por planos locais sob a CCSS.	Forte alinhamento entre prioridades estratégicas e financiamento. Os recursos estão vinculados às prioridades estratégicas por meio de diversos planos operacionais e dos novos mecanismos de compras estratégicas recentemente introduzidos.
Equador	Abordagem de planejamento estratégico de médio prazo em saúde O Plano Decenal de Saúde (2022–2031) é apoiado por um Plano Estratégico de Saúde de Médio Prazo (2021–2025) e planos operacionais de médio prazo.	Redução das desigualdades em saúde, transformação digital, fortalecimento do sistema de saúde, redução da prevalência de doenças, incluindo desnutrição, mortalidade infantil e materna.	Planos estratégicos nacionais apoiados por planos locais de saúde dos governos provinciais.	Bom alinhamento entre planejamento e orçamento, com foco na integração digital. No entanto, há variações regionais devido a desafios de implementação e restrições de recursos.
México	Abordagem de planejamento estratégico de médio prazo O plano setorial Plan Nacional de Salud 2024–2030 é apoiado por estratégia programática anual.	Priorização da promoção e prevenção da saúde, melhoria da qualidade da atenção, fortalecimento e expansão do programa IMSS-Bienestar para oferecer serviços a não segurados, ampliação da disponibilidade de medicamentos, insumos e equipamentos, modernização e integração do sistema de saúde em uma estrutura unificada.	Planos nacionais de saúde apoiados por planos estaduais e locais de saúde.	Alinhamento moderado entre estratégias de planejamento e financiamento, devido a fortes restrições fiscais, variações regionais, fragmentação estrutural e novas reformas.

Peru	Abordagem de planejamento de médio prazo O Plano Estratégico 2025–2030 do Ministério da Saúde é apoiado por planos operacionais anuais.	Melhoria da CSU, prevenção e controle de doenças transmissíveis e DCNTs, expansão da atenção primária, aprimoramento da infraestrutura de saúde e do acesso em áreas remotas.	Plano nacional apoiado por planos regionais e locais de saúde.	Alinhamento parcial entre prioridades estratégicas e orçamento. Apesar dos esforços para integrar desempenho, monitoramento e supervisão orçamentária, há forte fragmentação e subfinanciamento.
-------------	---	---	--	--

Fonte: Elaboração dos autores com base em revisão de planos nacionais de saúde, documentos estratégicos e artigos publicados.

As prioridades estratégicas de saúde da Argentina são guiadas por estratégias nacionais plurianuais, apoiadas por planos provinciais.⁷⁰ O Plano Nacional de Qualidade em Saúde (Plan Nacional de Calidad en Salud) define prioridades como: melhoria do acesso e da equidade em saúde, abordagem integral de atenção, aprimoramento da coordenação, da gestão de informações e de recursos, melhoria do acesso a medicamentos e fortalecimento da saúde materno-infantil.⁷¹ As províncias têm papel central no planejamento e na elaboração orçamentária anual, e o Plano Sumar ocupa posição estratégica no processo orçamentário. O modelo de pagamento por resultados do Plano Sumar facilita a vinculação entre metas estratégicas e orçamento. Contudo, esse alinhamento não é uniforme em todo o setor de saúde devido à fragmentação estrutural e à influência dos governos provinciais na execução orçamentária.^{72,73} Os dados de execução orçamentária evidenciam parte dessas lacunas.⁷⁴

O Brasil adota um marco de médio prazo de quatro anos, e o Plano Nacional de Saúde (PNS) se alinha ao ciclo do Plano Plurianual (PPA). O PNS 2024–2027 prioriza o fortalecimento da atenção primária e especializada, a produção local de medicamentos e vacinas, a integração entre unidades federativas e a promoção da equidade em saúde.^{75,76} Por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS), os recursos destinados ao plano nacional são transferidos aos governos subnacionais, criando uma conexão entre o fluxo orçamentário e as prioridades de políticas públicas.²⁶ Entretanto, essas conexões nem sempre são claras, devido às limitações de implementação e restrições fiscais. Por exemplo, o teto de gastos de 20 anos estabelecido pela Emenda Constitucional 95/2016 restringiu severamente as alocações de recursos, comprometendo não apenas as prioridades do plano estratégico, mas também o cumprimento de metas globais, como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).^{77, 78} Da mesma forma, emendas parlamentares podem redirecionar recursos, rompendo o alinhamento entre planos e orçamento.⁷⁹ Apesar de continuar enfrentando subfinanciamento e realocação de recursos, o Brasil tem buscado fortalecer os vínculos entre planejamento e orçamento por meio de instrumentos como o mapa estratégico.⁸⁰

No Chile, os planos estratégicos são estruturados em torno de prioridades setoriais comunicadas por meio das notas orçamentárias emitidas pela DIPRES (Dirección de Presupuestos). O atual plano estratégico (2023–2026) prioriza a Cobertura Universal de Saúde, a atenção primária, a gestão de riscos, o fortalecimento da liderança sanitária e a redução dos

tempos de espera.⁸¹

O país enfrenta obstáculos legais que afetam o alinhamento entre prioridades e financiamento. Apesar da adoção de mecanismos de planejamento e financiamento baseados em evidências — como o uso de avaliações de tecnologias em saúde (HTA) —, o crescimento de leis impulsionadas por grupos da sociedade civil, conhecidas como “leis de doenças”, tem provocado fragmentação e ineficiência. Por exemplo, a Lei do Câncer prevê a criação de planos específicos para essa doença e de um Fundo do Câncer com recursos próprios para pesquisa e infraestrutura, o que fragmenta o planejamento nacional de saúde. Diversas outras leis semelhantes vêm surgindo, minando o planejamento e priorização em saúde no Chile.^{82,83}

O Plano Decenal de Saúde Pública da Colômbia define prioridades como a promoção da saúde, a redução dos fatores de risco de DCNTs, o manejo integrado de doenças crônicas e o fortalecimento dos sistemas de vigilância e pesquisa.⁸⁴ O país também utiliza o Plano Nacional de Desenvolvimento (2022–2026) para estabelecer prioridades do setor.⁸⁵ Embora a Colômbia tenha alcançado altos níveis de cobertura universal e de gasto público em saúde na região, o alinhamento entre prioridades e financiamento é prejudicado pelo subfinanciamento e pela ineficiência decorrentes de tensões macrofiscais e de gastos excessivos das EPS (Entidades Promotoras de Saúde). Por exemplo, o valor da Unidade de Pagamento por Capitação (UPC) — que representa parte significativa do orçamento da saúde — foi reajustado em apenas 5,36% para 2025, abaixo da inflação, comprometendo o apoio adequado às metas estratégicas.⁸⁶ Como afirmou um informante-chave: “A Colômbia precisa adotar uma visão de médio e longo prazo para o financiamento em saúde, porque as decisões são tomadas quase sempre de forma anual, muito condicionadas pela situação fiscal.” — KI, Colômbia.

Na Costa Rica, o planejamento plurianual em saúde é conduzido por meio do Plano Nacional de Desenvolvimento (2023–2026) e do Plano Nacional de Saúde 2023–2033⁸⁷. Além da otimização da força de trabalho, expansão da cobertura e manutenção dos gastos em saúde, informantes destacaram seis áreas prioritárias — incluindo doenças imunopreveníveis, DCNTs e doenças de alto custo. “Acredito que o foco está em quatro eixos: prevenção por meio da vacinação, tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, manejo de doenças de alto custo e melhoria na negociação e otimização do orçamento para ampliar a cobertura.” — KI, Costa Rica.

O planejamento e a alocação orçamentária estão alinhados por meio de um sistema integrado baseado em desempenho. O orçamento é redistributivo e vinculado às necessidades, com foco na atenção primária e sustentado por reformas recentes de compra estratégica, que conectam o fluxo de recursos às demandas da população.⁴⁶ Os orçamentos anuais estão atrelados a metas de desempenho por meio de acordos de gestão (10% do orçamento hospitalar vinculado a desempenho) e do programa “Program-for-Results (PforR)” do Banco Mundial, que vincula os desembolsos aos resultados alcançados.^{43–47}

O Equador conta com um Plano Estratégico de Saúde (2021–2025) e um Plano Decenal de Saúde (2022–2031). As prioridades atuais incluem o fortalecimento da atenção primária, a ampliação da cobertura universal e gratuita e a redução da carga de doenças evitáveis.^{88–93} Há

esforços para alinhar orçamentos e prioridades por meio de planos institucionais e de processos de digitalização, além de planos operacionais anuais.^{89–90}

As prioridades do setor de saúde do México são orientadas pelo Plano Setorial de Saúde 2024–2030, integrado ao orçamento federal e à estratégia programática anual. As principais prioridades incluem a expansão do sistema por meio do IMSS-Bienestar, a disponibilidade de medicamentos, a redução de tempos de espera, a digitalização e a retenção de profissionais em áreas rurais.⁹¹

Entretanto, restrições orçamentárias, reformas recentes e o fim do Seguro Popular têm dificultado o alinhamento entre financiamento e prioridades de saúde.^{92–94}

O Peru possui um plano estratégico plurianual apoiado por planos operacionais formulados com base em contribuições de governos locais e regionais.⁹⁵ Suas prioridades atuais incluem o fortalecimento da UHC, a prevenção e o controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis, a expansão da atenção primária e a melhoria da infraestrutura e do acesso em áreas remotas.

Apesar dos esforços para aprimorar a execução e o monitoramento dos planos estratégicos, o alinhamento entre prioridades e financiamento é comprometido pela forte fragmentação do sistema de saúde.⁴⁰

De forma geral, a expansão da UHC e da atenção primária, a preparação para emergências sanitárias, a redução de tempos de espera, a prevenção de doenças e as reformas financeiras e digitais despontam como prioridades centrais na região. Embora os países possuam planos estratégicos de saúde e marcos de médio prazo para orientar o planejamento e o orçamento do setor, informantes destacam a fraca conexão entre o planejamento e a alocação de recursos. Em alguns países, as estratégias nacionais de saúde ou pacotes de benefícios não têm respaldo financeiro nem vínculo formal com o processo orçamentário. “O problema é que a Estratégia Nacional de Saúde não tem orçamento garantido.” — KI, Chile. “Há um plano nacional até 2030, mas ele serve mais como referência do que como ferramenta de planejamento. Ninguém é obrigado a orçar com base nele.” — KI, Peru. Os informantes também apontaram o uso limitado de dados epidemiológicos e evidências no processo de definição de prioridades.

Há também fragmentação nas estruturas de planejamento, especialmente em países descentralizados. Informantes-chave mencionaram que há fragmentação institucional, na qual cada subsistema ou agência elabora seus planos de forma isolada, reduzindo a coordenação e a coerência das prioridades orçamentárias nacionais de saúde. Foram destacados, pelos informantes, em particular, os casos do Peru, México e Argentina, onde agências paralelas desenvolvem orçamentos separados, pouco articulados no nível central. Essa fragmentação limita o papel do Ministério da Saúde na definição e influência das alocações orçamentárias. Os informantes também apontaram a influência de atores políticos, da sociedade civil e de grupos de pacientes nos processos de orçamentação e definição de prioridades. Frequentemente, as prioridades orçamentárias são determinadas mais por lideranças políticas, grupos de interesse ou lobby institucional do que por dados de saúde pública ou avaliações sistemáticas de

necessidades. “As pressões do governo e das associações de pacientes moldam o orçamento.” – KI, Chile. “Quem fez o pedido e com qual propósito? Quem faz mais barulho? Muitas vezes é assim que funciona... Nunca vi um processo com um objetivo claro ou qualquer critério de priorização baseado em resultados ou necessidades reais.” – KI, Equador

Os informantes-chave também destacaram esforços dos países para aprimorar o processo de orçamentação estratégica em saúde por meio de inovações e práticas positivas. Por exemplo, a Colômbia utiliza modelagem atuarial e atualizações do pacote de benefícios com base no risco à saúde. Um informante afirmou: “O processo mais importante na definição orçamentária na Colômbia é a análise atuarial do risco da população. Isso é feito todos os anos. O valor do prêmio que pagamos é muito importante, porque o sistema integra o setor privado e o público.” – KI, Colômbia. A Costa Rica segmenta os medicamentos por impacto financeiro para aprimorar as previsões. Os informantes também destacaram que o surgimento de novas terapias e tratamentos de alto custo tem gerado dificuldades na formulação do orçamento. Na Costa Rica, por exemplo, os medicamentos geralmente são divididos em duas categorias – os que estão na Lista Oficial de Medicamentos e os que não estão incluídos. As necessidades futuras podem ser previstas com relativa facilidade para os que estão na lista oficial, com base em dados históricos; no entanto, o orçamento para aqueles fora da lista oficial gera incertezas, especialmente porque inclui terapias de alto custo. Um informante explicou: “Produtos com alto impacto financeiro são aqueles que consomem mais de US\$ 600.000 por ano... há um processo anual de planejamento dentro do Fundo de Seguridade Social para definir esse plano de compras. E a segunda categoria são os medicamentos NO-LOM, que basicamente são aqueles não incluídos na lista oficial de medicamentos. E é aí que surge a incerteza, porque é onde se enquadram a maioria das terapias inovadoras.” – KI, Costa Rica. Apesar de avanços como a análise atuarial da Colômbia e a classificação de medicamentos da Costa Rica, a maioria dos países não utiliza dados de carga de doença, análises de custo-efetividade ou indicadores de resultados na definição de prioridades orçamentárias. Informantes mencionaram que o México carece de métricas e de análises orçamentárias intersetoriais entre doenças. “O governo não publica suas prioridades em saúde.” – KI, México. No Peru, os informantes observaram que os indicadores estão focados em insumos e não em resultados; as prioridades de saúde são frequentemente determinadas por motivações políticas. “Os indicadores utilizados não são adequados. A carga de doença não é considerada.” – KI, Peru.

De modo geral, o planejamento e a definição de prioridades para a orçamentação em saúde nos países latino-americanos estudados permanecem amplamente fragmentados, desconectados e pouco vinculados às necessidades reais de saúde da população. As Avaliações de Tecnologias em Saúde (HTAs) podem desempenhar um papel fundamental na melhoria do planejamento e da alocação orçamentária em saúde, garantindo que os gastos públicos sejam direcionados a intervenções que ofereçam o melhor valor pelo investimento. Ao avaliar sistematicamente a efetividade clínica, a relação custo-efetividade e o impacto mais amplo de tecnologias médicas — como medicamentos, procedimentos e equipamentos —, as HTAs ajudam os governos a tomar decisões informadas sobre quais tratamentos devem ser incluídos na cobertura pública. A Caixa 2 abaixo resume o status das HTAs nos países da

América Latina e Caribe estudados. Embora, na prática, os países utilizem HTAs, seus resultados não têm força legal, e, portanto, seu impacto sobre a orçamentação em saúde é limitado.⁹⁶⁻⁹⁹

Caixa 2. Situação das Avaliações de Tecnologias em Saúde (HTA) e seus usos nos países estudados para aprimorar a tomada de decisão e otimizar a alocação de recursos orçamentários

Quando as HTA são integradas aos processos orçamentários, elas contribuem para sistemas de saúde mais eficientes, equitativos e baseados em evidências. As HTA não apenas evitam a adoção de tecnologias de baixo valor ou desnecessárias, como também apoiam a alocação racional de recursos limitados, aumentam a transparência nas decisões e podem reduzir os custos de saúde a longo prazo. A maioria dos países estudados utiliza HTA em seus sistemas orçamentários, com diferentes graus de sucesso, conforme resumido na tabela abaixo:

País	Instituição responsável pelas HTA	Onde é utilizada?	Uso no planejamento e orçamento
Argentina	CONETEC (Comissão Nacional de HTA) sob o Ministério da Saúde	Apoia decisões nacionais de reembolso de medicamentos; mais recentemente enfatizada nas reformas de cobertura universal de saúde.	Sim, mas recebe baixo apoio financeiro e poucos recursos humanos para as avaliações.
Brasil	CONITEC (Comitê Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde)	Obrigatória para incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde (SUS).	Sim. Uso avançado de HTA com respaldo legal.
Chile	Departamento de Avaliação de Tecnologias em Saúde e Saúde Baseada em Evidências	Apoia a priorização de intervenções sob a Lei Ricardo Soto; há propostas para expandir para um plano universal de benefícios em saúde.	Sim. Uso moderado de HTA, mas com integração política crescente.
Colômbia	IETS (Instituto de Avaliação de Tecnologias em Saúde)	Informa o desenho do pacote de benefícios e a cobertura sob o PBS (Plano de Benefícios em Saúde).	Sim, o IETS tem alta capacidade técnica, mas as HTA não são obrigatórias nem sistemáticas.
Costa Rica	Comissão de HTA na CCSS (Caixa Costarricense de Seguro Social)	Uso pontual de HTA na aquisição de tecnologias e decisões sobre listas de medicamentos.	Sim, mas o uso é inconsistente e há baixa integração política.
Equador	Unidade de HTA no Ministério da Saúde Pública	Influencia algumas decisões de políticas, especialmente relacionadas à compra pública e ao financiamento de medicamentos e dispositivos médicos essenciais.	Sim, mas as HTA estão em estágio inicial, com baixa integração política.

México	CENETEC (Centro Nacional de Excelência em Tecnologias em Saúde)	Informa decisões de compra e decisões básicas do setor de saúde sob o IMSS Bienestar .	Sim, mas não é obrigatório; considerado como recomendações.
Peru	Instituto de Avaliação de Tecnologias em Saúde e Investigação (IETSI); Instituto Nacional de Saúde (INS) sob o Ministério da Saúde	Crescente influência nas decisões de cobertura e nas diretrizes de prática clínica.	Sim, mas o uso de HTA é majoritariamente informativo e subfinanciado, com baixa integração política.
Fonte: Compilação do autor a partir de diferentes relatórios			

3.4 Práticas orçamentárias

As práticas de elaboração orçamentária em saúde desempenham um papel fundamental na determinação da eficiência, equidade e efetividade dos sistemas de saúde, especialmente em contextos com restrições de recursos, como os da América Latina. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), práticas orçamentárias robustas — aquelas que alinham os gastos com as prioridades de política pública, indicadores de desempenho e metas de prestação de serviços — são essenciais para alcançar a Cobertura Universal de Saúde (UHC). Orçamentos de saúde transparentes e baseado em desempenho contribuem para melhor disciplina fiscal, reduzem ineficiências e ajudam a assegurar que os gastos públicos em saúde respondam às necessidades reais da população.^{113 114} Com relação ao setor de saúde, a Organização Mundial da Saúde destaca quatro tipos principais de classificações orçamentárias: econômica, administrativa, funcional e programática, cada uma desempenhando funções-chave na melhoria do financiamento público em saúde (Tabela 8). Enquanto os orçamentos econômicos focam no controle de insumos, os orçamentos administrativos enfatizam a responsabilização (accountability); os orçamentos funcionais priorizam a comparabilidade internacional e a relevância de políticas; e os orçamentos programáticos concentram-se em resultados e impactos estratégicos. Quando utilizados em conjunto, esses instrumentos fortalecem a transparência, o planejamento e a efetividade da gestão orçamentária em saúde.¹⁷

Os países analisados adotam uma abordagem mista de orçamentação em saúde, que combina classificações econômicas (por itens de despesa, line-item), administrativas, funcionais e programáticas no planejamento setorial (Tabela 8). Contudo, a estrutura e a ênfase variam entre os países. O uso de orçamentos históricos por itens de despesa é o mais comum: os orçamentos anuais são majorados com base no valor do exercício anterior. Na maioria das vezes, essa prática reflete a ausência de uma vinculação efetiva entre planejamento e orçamentação/execução no setor de saúde. A classificação funcional é observada com maior frequência no Brasil, onde o financiamento é alocado

com base em seis áreas funcionais principais: atenção primária, atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e investimentos na rede de serviços de saúde.

¹¹⁵ ¹¹⁶ O SUS também apresenta características de orçamento funcional por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS), que assegura fluxos fiscais descentralizados e responsáveis entre os governos federal, estaduais e municipais. O orçamento programático, que permite rastrear os gastos sob grandes programas de saúde, é utilizado em vários países, por exemplo: Argentina — Plan Nacer/Programa Sumar (ver Caixa 3) ¹¹⁷ ¹¹⁸; Brasil — Programa Saúde da Família voltado à atenção primária ¹¹⁹ ¹²⁰; México — IMSS-Bienestar ³⁷ ¹²¹; e Chile — reformas de atenção primária universal financiadas pelo Banco Mundial. ¹²²

Tabela 8. Tipos de classificação orçamentária no setor saúde

Tipo de orçamento	Características	Benefícios	Exemplos de implementação nos países
Classificação econômica	Organiza as despesas de acordo com o tipo de transação econômica, como salários, bens e serviços. Segue padrões internacionais, como o Government Finance Statistics Manual (GFSM) 2001.	Facilita o controle sobre insumos e custos. Permite consistência e comparabilidade nos relatórios financeiros entre setores e países. Útil para monitorar a alocação de recursos por categorias de insumo, embora menos eficaz para rastrear produtos (outputs) ou resultados (outcomes).	Utilizada em todos os países analisados, na forma de orçamentos por itens de despesa (line-item budgets).
Classificação administrativa	Estrutura o orçamento de acordo com as instituições ou entidades (por exemplo, ministérios, departamentos, hospitais) responsáveis pela execução e gestão dos recursos.	Esclarece a responsabilização (accountability) ao identificar quem controla e gasta os recursos públicos. Auxilia nos esforços de descentralização e no rastreamento de recursos em níveis subnacionais. Permite alinhamento com estruturas organizacionais e facilita auditorias internas.	Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil.
Classificação funcional	Categoriza os gastos de acordo com o propósito ou função, como saúde ou educação, e em subfunções, como serviços ambulatoriais ou saúde pública.	Permite comparações entre países utilizando categorias internacionais padronizadas. Apoia o planejamento e a avaliação ao mostrar como os recursos são alocados entre diferentes serviços de saúde. Facilita a análise de políticas, incluindo avaliações de eficiência e equidade.	Brasil.
Classificação	Agrupar as despesas segundo objetivos ou	Vincula os orçamentos a resultados e metas de política	Argentina – Plan Nacer/Programa Sumar;

programática	produtos específicos de política pública (por exemplo, saúde materna, imunização). Pode incluir classificações baseadas em atividades.	pública. Incentiva o orçamento baseado em desempenho e o planejamento estratégico. Oferece flexibilidade e adaptação específica a prioridades nacionais de saúde.	Brasil – Programa Saúde da Família; México – IMSS-Bienestar.
---------------------	--	--	---

Fonte: Adaptado de Barroy H, Dale E, Sparkes S, Kutzin J. O orçamento é fundamental para a cobertura universal de saúde: principais questões de formulação e classificação. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

As reformas orçamentárias em saúde nos países latino-americanos estudados têm sido fundamentais para promover a transparência e a descentralização, especialmente quando as classificações funcionais e administrativas estão bem integradas.¹²³ Países como Brasil, Chile e México, que implementaram orçamento programático e baseado em resultados (PBB), conseguiram fortalecer os vínculos entre o gasto em saúde, a ampliação da cobertura de serviços e a melhoria dos resultados em saúde, resultando em redução da mortalidade materna e infantil e expansão do acesso à atenção primária (Tabela 9). Por exemplo, o financiamento descentralizado do Brasil por meio do SUS, apoiado por transferências com destinação específica e alocações programáticas, tem permitido investimentos direcionados na atenção primária e nos serviços preventivos. De forma semelhante, o orçamento baseado em resultados da Colômbia, aplicado aos esquemas de seguro subsidiado, tem contribuído para melhorar o acesso aos serviços de saúde entre as populações de menor renda. Embora ainda persistam desafios — como fragmentação, ineficiências nas alocações subnacionais e espaço fiscal limitado —, os países com práticas orçamentárias em saúde mais coerentes e transparentes têm, em geral, apresentado melhor desempenho dos sistemas de saúde e maior avanço rumo aos objetivos da Cobertura Universal de Saúde (UHC). Assim, o fortalecimento institucional contínuo, o aperfeiçoamento dos mecanismos de monitoramento do gasto e o alinhamento com as estratégias nacionais de saúde são cruciais para sustentar e aprimorar os resultados em saúde na região.

Tabela 9. Abordagens bem-sucedidas de financiamento e orçamento baseados em resultados adotadas pelos países

Argentina	Financiamento baseado em desempenho bem-sucedido por meio do Plano Nacer/Sumar, no qual os recursos são alocados às províncias com base na adesão (matrícula) e no alcance dos indicadores de saúde.
Brasil	Níveis mínimos de gasto com saúde determinados constitucionalmente: federal (15% da receita corrente líquida), estadual (12% da receita total) e municipal (15% da receita total).
Chile	Abordagem “Programa para Resultados” (PfoR) para as reformas de atenção primária à saúde universal (PHC) financiada pelo Banco Mundial, na qual um modelo de pagamento per capita por serviço é utilizado para remunerar os prestadores com base no custo de entrega do pacote de benefícios da PHC.
Colômbia	Pagamentos por capitação, nos quais o governo aloca recursos às EPS com base em um pagamento per capita (UPC) para cobrir um pacote definido de benefícios.

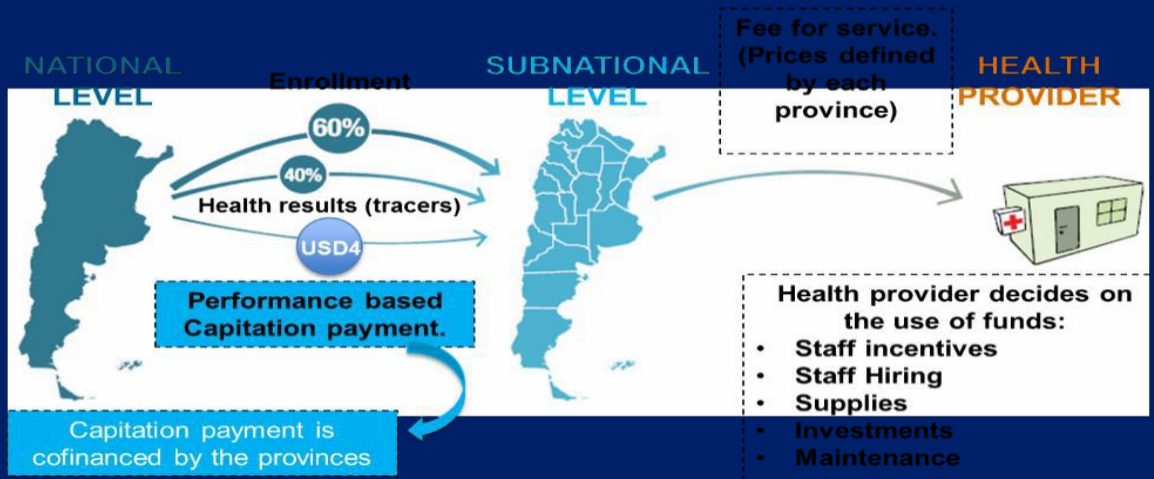
Costa Rica	Uso do programa para resultados por meio de orçamento prospectivo e modelos de capitação para alinhar recursos aos resultados em saúde. Além disso, a compra estratégica foi introduzida em 2024 para substituir o orçamento histórico pelo modelo de capitação.
Equador	O processo orçamentário inclui planejamento plurianual e orçamento programático.
México	Orçamento programático: recursos alocados com base em programas e objetivos específicos.
Peru	Orçamento baseado em resultados, implementado desde 2008 em diversos programas-chave de saúde.

Caixa 3. Orçamento baseado em resultados no Plano Sumar da Argentina

A Argentina foi o primeiro país de renda baixa ou média a utilizar incentivos para, simultaneamente, ampliar a cobertura em saúde e melhorar os resultados relacionados ao parto, por meio de um programa de financiamento baseado em resultados (RBF) denominado Plano Nacer. O Plano Nacer, atualmente conhecido como Plano Sumar, foi introduzido em 2004 com apoio financeiro do Banco Mundial, com o objetivo de melhorar os resultados de saúde materna e infantil no país. No âmbito desse programa, os recursos são transferidos às províncias e municípios por meio de pagamentos por capitação, com base em dois critérios: 1) a inscrição da população elegível que efetivamente recebeu um serviço preventivo nos últimos 12 meses; e 2) o desempenho provincial em indicadores de produção em saúde (como atenção pré-natal, cobertura vacinal, consultas de acompanhamento de crianças e adolescentes saudáveis, atendimento adequado a pacientes com diabetes e hipertensão e prevenção de câncer)¹²⁴. O programa permanece ativo e é utilizado como um mecanismo de complementação orçamentária em saúde para as províncias, por meio de transferências baseadas em desempenho. É considerado um exemplo exitoso de monitoramento de desempenho em saúde reformado dentro de um sistema regular de gestão das finanças públicas (PFM). Nesse modelo, 60% do orçamento é transferido do governo central para as províncias com base no número de pessoas inscritas no programa. As províncias devem cofinanciar 15% das transferências do nível central, o que representa, anualmente, menos de 1% dos orçamentos provinciais de saúde. O governo central aloca um valor fixo por pessoa inscrita, enquanto os 40% restantes são distribuídos com base no desempenho em determinados indicadores de rastreamento de saúde materna e infantil^{117, 125}.

Figura: Financiamento baseado em resultados (RBF) nos mecanismos de financiamento intergovernamental do Programa Sumar

PAY FOR PERFORMANCE SCHEME IN A FEDERAL COUNTRY



Em 2024, o Plano Sumar cobre mais de 700 serviços de saúde, organizados em 50 linhas de cuidado dentro de seu pacote de benefícios. O programa resultou em melhorias significativas em saúde, incluindo redução de 9% na incidência de baixo peso ao nascer entre os usuários de clínicas e redução de 23% entre os beneficiários. Além disso, observou-se uma queda de 22% nas mortes neonatais hospitalares entre os usuários de clínicas e uma redução de 74% entre os beneficiários¹¹⁸.

Figura: Indicadores de desempenho utilizados no Plan Sumar

PROGRAMA SUMAR TRACERS

PERFORMANCE INDICATORS USED TO EVALUATE PROVINCIAL SYSTEMS

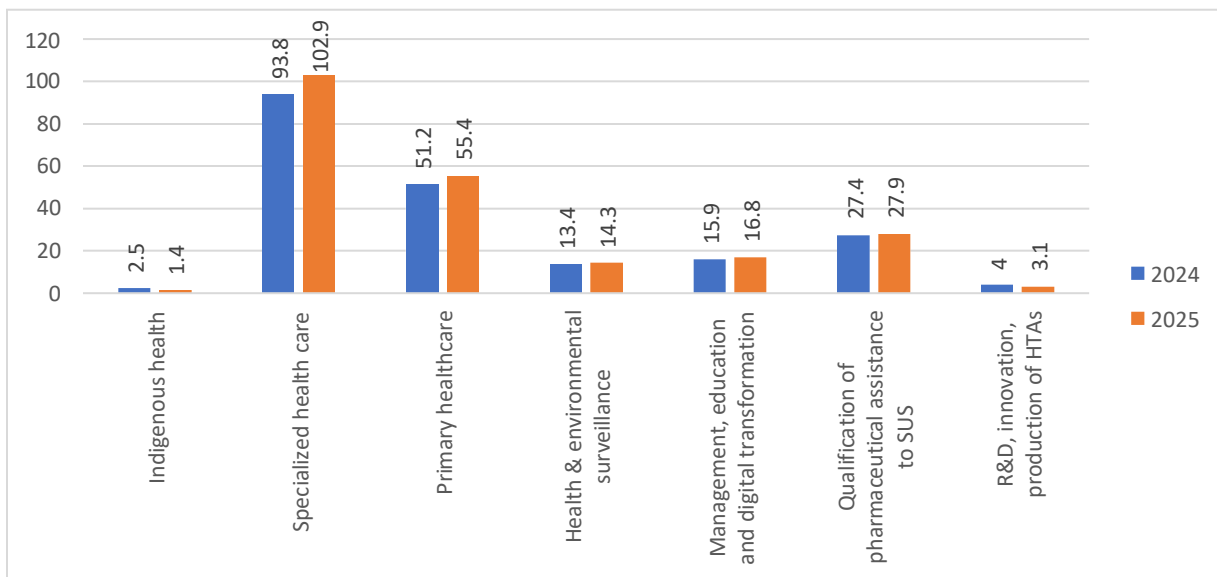
1	EARLY PREGNANCY CARE Pregnant women seen before week 13.	8	IMMUNIZATION COVERAGE AT 24 MONTHS Children at 2 who received quintuple and polio vaccines between 1 ½ and 2 years of age.
2	PREGNANCY FOLLOW-UP At least 4 prenatal checkups in pregnant women.	9	IMMUNIZATION COVERAGE AT 7 YEARS OF AGE Children at 7 who received triple or double viral, triple and polio vaccines between 5 and 7 years of age.
3	EFFECTIVENESS OF NEONATAL CARE Survival of 28 days of children with birth weight between 750 and 1,500 grams.	10	FOLLOW-UP OF ADOLESCENTS BETWEEN 10 AND 19 YEARS OF AGE At least one annual check up between 10 and 19 years of age.
4	FOLLOW-UP OF CHILDREN UNDER 1 YEAR OF AGE At least 6 checkups before the first year of age, as scheduled.	11	PROMOTION OF SEXUAL AND/OR REPRODUCTIVE HEALTH RIGHTS Adolescents between 10 and 19 and women up to 24 who take part in sexual and/or reproductive health workshops.
5	INTRAPROVINCIAL EQUITY IN THE FOLLOW-UP OF CHILDREN UNDER 1 YEAR OF AGE Measures equality in terms of health follow-up of children under 1 year of age in the different regions of the same province.	12	PREVENTION OF UTERINE CERVICAL CANCER Women between 25 and 64 with high degree lesions or uterine cervical carcinoma diagnosed in the last years.
6	DETECTION CAPABILITY OF CONGENITAL HEART DISEASE IN CHILDREN UNDER 1 YEAR OF AGE Children under 1 year of age with congenital heart disease diagnosis reported to the National Coordinating Referral Center.	13	BREAST CANCER CARE Women up to 64 with breast cancer diagnosed in the last year.
7	FOLLOW-UP OF CHILDREN BETWEEN 1 AND 9 YEARS OF AGE At least 9 checkups between 1 and 9 years, as scheduled.	14	EVALUATION OF THE ATTENTION PROCESS OF THE CASES OF MATERNAL AND INFANT DEATH It evaluates the attention process of maternal and infant death cases.

3.5 Alocações e prioridades orçamentárias

No que diz respeito às alocações orçamentárias em saúde, a priorização de programas e subsetores de saúde nos países latino-americanos estudados varia significativamente de acordo com cada país, refletindo diferentes estruturas dos sistemas de saúde, metas de políticas públicas e necessidades populacionais.

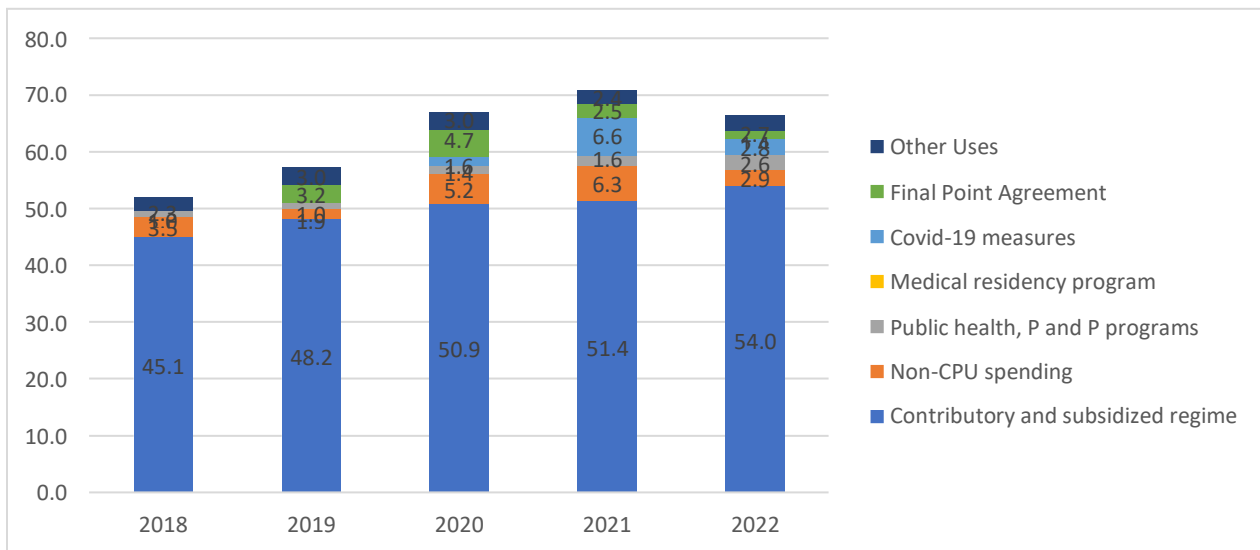
Na Argentina, a maior parcela do orçamento da saúde é destinada a transferências, sendo os programas de doenças transmissíveis e preveníveis por vacinas o segundo maior grupo (117 bilhões de ARS). Enquanto os programas voltados para HIV, hepatites, tuberculose e hanseníase recebem um financiamento moderado (21 bilhões de ARS), as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) ocupam baixa prioridade, com apenas 7 bilhões de ARS alocados.¹²⁶ O Brasil, por outro lado, direciona quase metade de seu orçamento em saúde para a atenção primária e especializada, especialmente para serviços hospitalares, ambulatoriais e de atenção básica, seguidos das funções de apoio e administrativas. O país também mantém um compromisso significativo com a pesquisa e a inovação em saúde, investindo cerca de 4 bilhões de BRL por ano (Figura 6).¹²⁷

Figura 6: Alocações orçamentárias do Brasil em 2024 vs 2025 (em R\$, bilhões)



Fonte: Kroll R. Orçamento da saúde: com R\$246 bilhões, financiamento do SUS cresce 6,2%. Futuro da Saúde. <https://futurodasaude.com.br/orcamento-da-saude/>

O Chile enfatiza o acesso universal à atenção primária à saúde, com uma previsão de 47 bilhões de CLP alocados em 2025, sustentada pelas reformas em andamento voltadas à Cobertura Universal de Saúde (UHC) e ao fortalecimento da atenção primária.¹²⁸ Na Colômbia, os pagamentos capitados feitos aos seguradores (UPC) dentro de um pacote definido de benefícios representam a maior parcela do orçamento, indicando um foco na prestação de serviços baseada em seguros (Figura 7).^{129–131}

Figura 7: Alocações orçamentárias em saúde da Colômbia ao longo dos anos

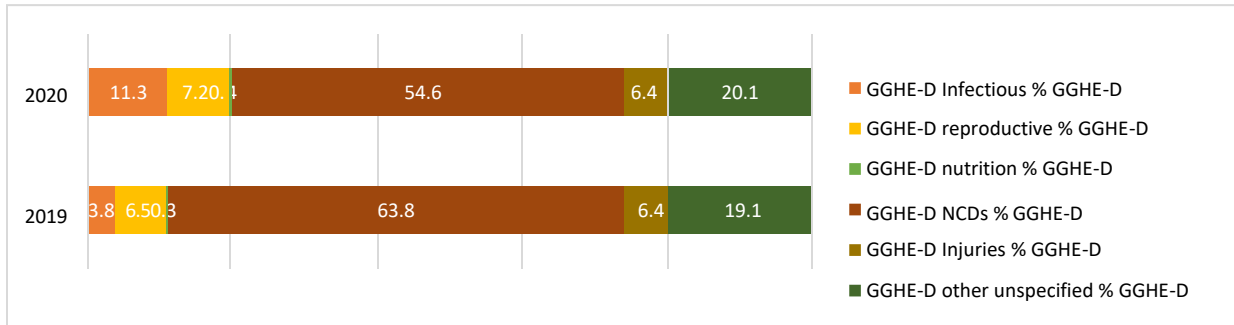
Fonte: Adaptado de Aspectos financieros y fiscales del sistema de salud en Colombia [Internet]. Banrep.gov.co. Banco de la República; 2023. Disponível em: <https://repositorio.banrep.gov.co/items/5319ce1f-f2f3-470e-ac8e5090d387b7b>

O mecanismo de Orçamentos Máximos da Colômbia, introduzido em 2020, é um sistema de financiamento integrado ao orçamento anual de saúde por meio de uma linha orçamentária explícita. Ele é complementar ao pagamento per capita (UPC) e é utilizado para ampliar a cobertura de medicamentos, tecnologias e serviços de alto custo que estão fora do escopo da UPC. Esse sistema foi criado para evitar problemas de reembolso retroativo com as EPS, que costumavam ser imprevisíveis e pouco transparentes, proporcionando assim um mecanismo de financiamento mais previsível.^{31, 32} Na Costa Rica, o orçamento apresenta forte ênfase na prestação de serviços por meio do CEN-CINAI e em despesas não alocáveis, que juntas representam mais de 75% do orçamento de saúde previsto para 2025.¹³² No México, apesar de um aumento de 25% no financiamento do IMSS-Bienestar (voltado à população sem seguridade social), o orçamento total de saúde foi reduzido em 11% em 2025. As alocações para programas de apoio a trabalhadores informais diminuíram, enquanto as despesas administrativas permanecem elevadas, representando quase 10% do orçamento. O financiamento para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) também apresentou queda marginal.¹³³ No Peru, as prioridades orçamentárias incluem o desenvolvimento da primeira infância e a saúde materno-neonatal, cada um com 2,6 bilhões de PEN alocados em 2025. O controle do câncer aparece em seguida, enquanto as DCNT recebem apenas 802 milhões de PEN, refletindo uma ênfase na saúde materno-infantil em detrimento da gestão de doenças crônicas.¹³⁴

Apesar de as DCNT contribuírem de forma expressiva para a carga de doenças e mortalidade nos países analisados, o financiamento doméstico destinado a essas doenças é pouco documentado. Por exemplo, no Banco de Dados de Despesas em Saúde Global da OMS (WHO GHED), que classifica os gastos por categoria de doença, apenas a Costa Rica possui dados sobre gastos

domésticos por doença. As DCNT representam mais de 80% das mortes totais no país, sendo as doenças cardíacas, a doença renal crônica e o acidente vascular cerebral as principais causas.¹³⁵ Com base nos dados do GHED, os gastos domésticos da Costa Rica com DCNT correspondem a 55% do total de despesas domésticas por categoria de doença (Figura 8).

Figura 8: Gastos domésticos do governo da Costa Rica em saúde por categorias de doença



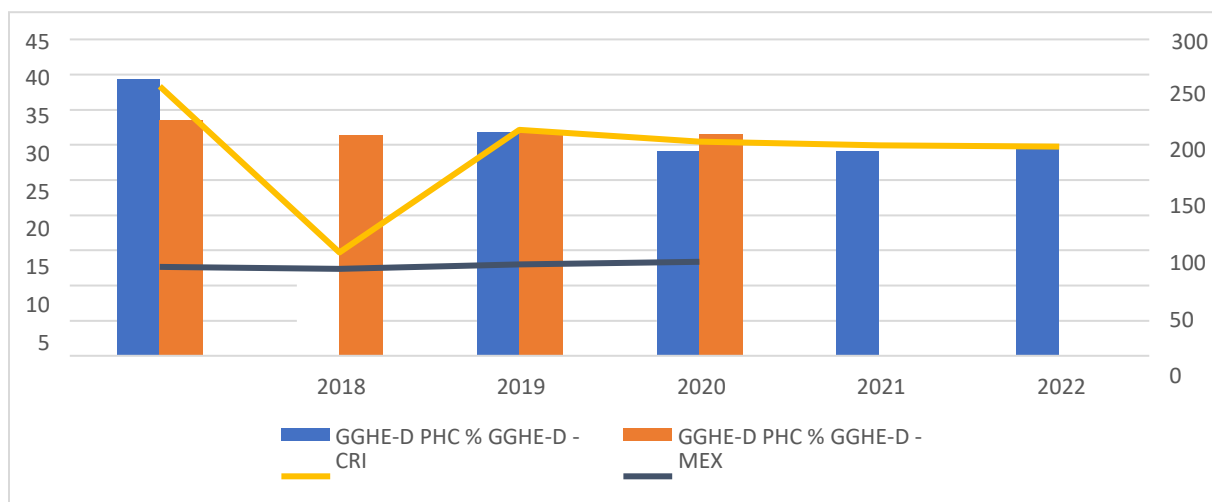
Fonte: OMS – GHED

Com base nos dados disponíveis sobre os gastos domésticos governamentais em atenção primária à saúde (PHC) do GHED/OMS, tanto o México quanto a Costa Rica destinam cerca de 30% dos gastos domésticos do governo em saúde à atenção primária (GGHE-D PHC % GGHE-D), atendendo à recomendação da OMS de que 30% das despesas governamentais em saúde sejam aplicadas na atenção primária (Figura 9). O gasto governamental per capita com atenção primária na Costa Rica (US\$ 203 em 2021) é mais que o dobro do gasto no México (US\$ 89 em 2021), embora dados mais recentes não estejam disponíveis para comparação.¹⁵ As alocações orçamentárias do Brasil nos últimos anos também indicam uma priorização da atenção primária à saúde, que recebeu a segunda maior alocação depois do SUS, nos orçamentos de 2024 e 2025 (Figura 7).¹³⁶

O foco da Costa Rica em um sistema de atenção primária robusto é um dos principais fatores de sucesso de seu progresso em saúde. O modelo dos Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS), lançado em 1995, representou uma mudança estrutural na prestação de serviços primários no país. Implementado pela CCSS, o modelo EBAIS é responsável por quase 80% de todos os serviços de saúde do país, operando sob um orçamento único guiado por metas e prioridades. A CCSS atua como único prestador público de serviços de saúde, o que facilitou a integração entre os serviços preventivos e curativos sob o modelo EBAIS.^{137, 138} As equipes multidisciplinares — compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares técnicos, agentes administrativos e, ocasionalmente, farmacêuticos — são designadas para comunidades geograficamente definidas, com cerca de 4.000 pessoas por equipe. Com apoio de forte vontade política e financiamento do Banco Mundial, BID e OPAS, as clínicas EBAIS passaram a priorizar a prevenção, a promoção da saúde, o monitoramento e a responsabilização, utilizando indicadores e retroalimentação baseada em dados.^{139, 45} Essa abordagem comunitária e proativa ampliou rapidamente o acesso — a cobertura aumentou de 25% antes da reforma para mais de 93% em 2017 — e melhorou significativamente os indicadores de saúde, incluindo reduções expressivas na incidência de doenças

transmissíveis e nas taxas de mortalidade adulta e infantil. O sucesso do modelo foi além dos resultados em saúde: também gerou impactos socioeconômicos positivos. Um estudo de 2021 constatou que o aumento do acesso à atenção primária por meio das clínicas EBAIS esteve associado a um aumento aproximado de 4% na renda domiciliar, sugerindo que populações mais saudáveis conseguem aproveitar melhor as oportunidades econômicas.^{45, 138, 140} Investimentos contínuos em capacitação profissional, uso de infraestrutura existente e engajamento comunitário garantiram sustentabilidade e equidade, especialmente nas áreas rurais mais vulneráveis. Atualmente, a experiência da Costa Rica é destacada pela OMS e pela OPAS como modelo de atenção primária integrada e centrada nas pessoas — um sistema que amplia a cobertura populacional, reduz desigualdades em saúde e promove o desenvolvimento econômico de longo prazo.

Figura 9: Gastos domésticos do governo da Costa Rica e do México em atenção primária à saúde



Fonte: OMS – GHED

Essas tendências orçamentárias ilustram a variação nas prioridades setoriais: enquanto países como Brasil, Chile e Peru investem de forma significativa na atenção primária à saúde e na saúde materno-infantil, outros, como México e Argentina, demonstram comprometimento irregular em relação às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e à cobertura do setor informal, ao passo que a Colômbia enfatiza mecanismos baseados em seguros em detrimento da prestação direta de serviços.¹³¹

As entrevistas com informantes-chave destacaram características essenciais e problemas estruturais nos sistemas de alocação orçamentária em saúde nos países estudados. Observou-se a coexistência de mecanismos mistos de alocação de recursos, variando de modelos centralizados a descentralizados, incluindo o uso de pagamentos per capita (capitation), transferências vinculadas (earmarked transfers) e subsídios diretos. No Chile, são utilizadas transferências per capita para o financiamento da atenção primária municipal, embora o montante seja amplamente considerado insuficiente. O país também emprega programas especializados, como o GES (Garantías Explícitas en Salud), voltado a condições prioritárias, e o Ricarte Soto, voltado a

tratamentos de alto custo. Na Colômbia, existe um orçamento de saúde pública flexível, adicional ao pacote principal de benefícios, o que permite que as regiões priorizem suas próprias necessidades de saúde pública. Apesar do direito universal à saúde e das provisões orçamentárias garantidas, o setor enfrenta grandes déficits e pressões financeiras crescentes. Os recursos destinados tanto à UPC quanto aos Orçamentos Máximos são insuficientes, especialmente diante da demanda crescente por medicamentos de alto custo. A dívida acumulada já chega a 4,3 trilhões de COP (2024) devido a atrasos nos reembolsos aos prestadores, cujo prazo médio aumentou de 125 dias em 2023 para 154 dias no início de 2025 — situação que ameaça a sustentabilidade financeira de programas-chave de saúde.¹⁴¹ No Peru, os orçamentos de saúde são divididos entre os governos regionais e o governo central, o que gera ineficiências e problemas de coordenação. Informantes apontaram ainda que as alocações em saúde sofrem os efeitos de um subfinanciamento crônico e de restrições macrofiscais mais amplas. Além disso, os tetos orçamentários rígidos limitam a flexibilidade na execução e alocação dos recursos regionais. Essa rigidez impede adaptações a demandas emergentes ou situações de emergência sanitária, como afirmou um informante: “A alocação orçamentária é absolutamente enviesada, completamente rígida, digamos assim, por causa da meta fiscal.” — Informante-chave, Peru. De forma semelhante, as políticas de austeridade fiscal no México reduziram a flexibilidade e o financiamento, afetando principalmente as populações sem seguridade social. No Chile, as condições macrofiscais frágeis e a queda nas receitas tributárias resultaram na estagnação dos orçamentos hospitalares. Muitos hospitais operam com déficit e precisam negociar recursos adicionais no meio do ano para cobrir o aumento dos custos assistenciais. Isso gerou práticas informais, como o adiamento de pagamentos a fornecedores ou a priorização de procedimentos mais rentáveis. Um entrevistado relatou: “Os recursos para os hospitais, especialmente para cirurgias e operações gerais, geralmente começam com cerca de 70% do que foi executado no ano anterior. Os hospitais iniciam o ano com esse financiamento parcial, e o Ministério das Finanças sabe disso. Por exemplo, se um hospital gastou 100 milhões de dólares no ano passado, começa o novo ano com apenas 70 milhões. Isso gera um problema: todos os anos há um conflito ou negociação com o ministério para garantir os 20% adicionais necessários para atingir os níveis anteriores... A pressão de gasto ao longo do ano é enorme, não há recursos suficientes para realizar o trabalho... Então você liga para o fornecedor e diz: ‘Não posso te pagar agora, talvez em seis meses eu consiga’. E assim, fazem-se acordos informais.” — Informante-chave, Chile.

De modo geral, as práticas e alocações orçamentárias em saúde nos países analisados refletem uma combinação de dinâmicas técnicas, políticas e fiscais. Enquanto alguns sistemas oferecem flexibilidade para adaptação regional (como na Colômbia), outros enfrentam modelos rígidos e fragmentados de financiamento (como no Peru e no México). Os desafios recorrentes incluem subfinanciamento, desigualdades urbano-rurais e métodos ad hoc de alocação baseados mais em capacidade de negociação do que em necessidades reais. A reforma dessas práticas exigirá não apenas maior volume de recursos, mas também melhor planejamento, flexibilidade e transparência na execução orçamentária.

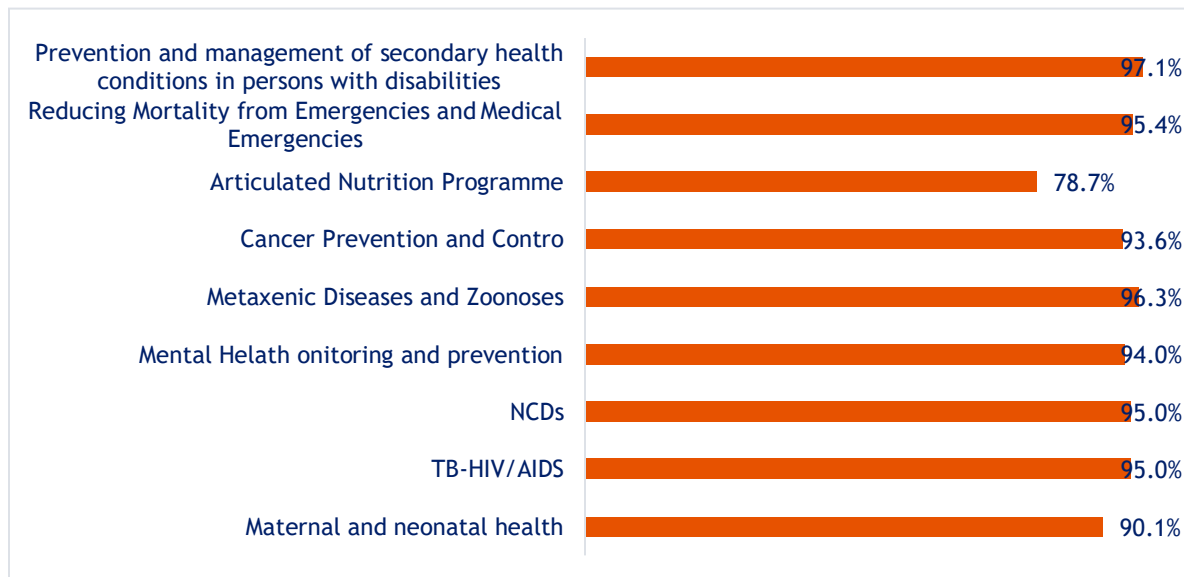
3.6 Implementação orçamentária

A implementação do orçamento em saúde refere-se ao processo de desembolso, gestão e uso dos recursos públicos alocados para a prestação de serviços e alcance das metas de política pública. Na América Latina, a eficácia desse processo varia amplamente entre os países, devido às diferenças em capacidade institucional, disciplina fiscal e sistemas de gestão das finanças públicas (PFM). Embora muitos países tenham avançado na vinculação entre execução orçamentária e resultados em saúde — por meio de abordagens baseadas em desempenho e sistemas digitais de rastreamento de gastos — ainda persistem desafios como atrasos em aquisições, subexecução de recursos e governança fragmentada, o que compromete o alinhamento entre gasto e entrega de serviços. Esta seção examina como os orçamentos de saúde foram implementados em Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, México e Peru, com base em literatura acadêmica e relatórios governamentais, avaliando até que ponto os recursos públicos têm apoiado os objetivos das políticas nacionais de saúde.

O orçamento federal de saúde da Argentina passou recentemente por mudanças significativas. Sob as medidas de austeridade de 2024, implementadas pelo presidente Milei, os gastos federais em saúde foram reduzidos em quase 48% em termos reais, afetando programas como tratamento do câncer, imunização e controle de doenças infecciosas — o que resultou em escassez de medicamentos e demissões de profissionais em hospitais públicos. As reduções interromperam a implementação de políticas, reverteram ganhos em saúde e sobrecarregaram os serviços. O SUS do Brasil dispõe de sistemas robustos de gestão financeira (PFM), mas ainda há desafios em traduzir orçamento em resultados concretos. O sistema de conta única da saúde permite alocação por função e execução subnacional, mas o vínculo detalhado entre recursos e programas ainda é limitado. Apesar da alta confiabilidade orçamentária, atrasos em compras públicas e variações entre estados podem comprometer intervenções específicas, exigindo maior monitoramento pelo Ministério da Saúde. O Chile implementou com sucesso reformas importantes, como o sistema de garantias AUGE/GES, que assegura financiamento e acesso para mais de 80 condições prioritárias. Essa política depende de boa execução orçamentária e disciplina fiscal sob a DIPRES. Os recursos são transferidos eficientemente aos níveis regionais e municipais, sustentando a entrega de serviços garantidos, embora o orçamento baseado em desempenho ainda esteja em evolução. Os gastos em saúde da Colômbia são executados principalmente por meio dos sistemas contributivo e subsidiado, administrados pela ADRES, cobrindo cerca de 50 milhões de pessoas. A maior parte do orçamento geral (57%) financia pagamentos mensais capitados a seguradoras e tecnologias em saúde. Os resultados indicam cobertura efetiva, com despesas diretas (OOP) mantidas em níveis baixos durante a pandemia. No entanto, persistem desalinhamentos, como atrasos em aquisições e problemas de supervisão. A Costa Rica utilizou um instrumento Program for Results (PforR) do Banco Mundial (2016–2022) para implementar reformas no sistema de saúde, incluindo integração das redes de atenção primária, implantação do prontuário eletrônico (EDUS) e alocação estratégica de recursos. O desembolso baseado em desempenho impulsionou melhorias expressivas:

aumento das cirurgias ambulatoriais, redução das filas de espera e fortalecimento dos sistemas de dados e prestação de contas — evidenciando execução orçamentária eficaz e alinhada às metas de política pública. O Equador enfrentou subfinanciamento antes e durante a pandemia de COVID-19, com demissões e deterioração da infraestrutura — especialmente em Guayaquil — o que comprometeu a resposta emergencial. Embora os princípios de “Saúde em Todas as Políticas (HiAP)” tenham sido institucionalizados, a execução orçamentária permanece desigual, prejudicando a coerência entre alocação e objetivos do setor. O México possui um sistema avançado de orçamento informado por desempenho, com mais de 5.000 indicadores, incluindo centenas na área da saúde, integrados aos relatórios anuais e trimestrais da SHCP e do CONEVAL. Contudo, as pressões por consolidação fiscal ameaçam restringir o financiamento em saúde, podendo diluir os avanços obtidos com o monitoramento por desempenho. É necessário um forte foco em políticas de saúde para manter os objetivos estabelecidos diante das amplas reformas fiscais. O Peru adotou o orçamento por resultados (Presupuestos por Resultados – PpR) desde 2007, alcançando melhoras na nutrição infantil e saúde materna, além de maior transparência e execução em programas prioritários. O PpR representou quase 40% do orçamento total da saúde em 2024, permitindo monitoramento de desempenho e indicadores de resultado. No entanto, a estrutura rígida por categorias econômicas (line-item) ainda predomina, limitando a flexibilidade e a integração do desempenho. As regulamentações orçamentárias complexas, juntamente com problemas de planejamento e gestão nos níveis regionais, têm resultado em menores níveis de execução orçamentária — entre 2000 e 2020, a média de execução foi de 88% (figura 10), chegando a apenas 66% no nível municipal, gerando atrasos em infraestrutura, pessoal e resposta pandêmica.⁴⁰

Figura 10: Execução do orçamento por resultados (PpR) no Peru

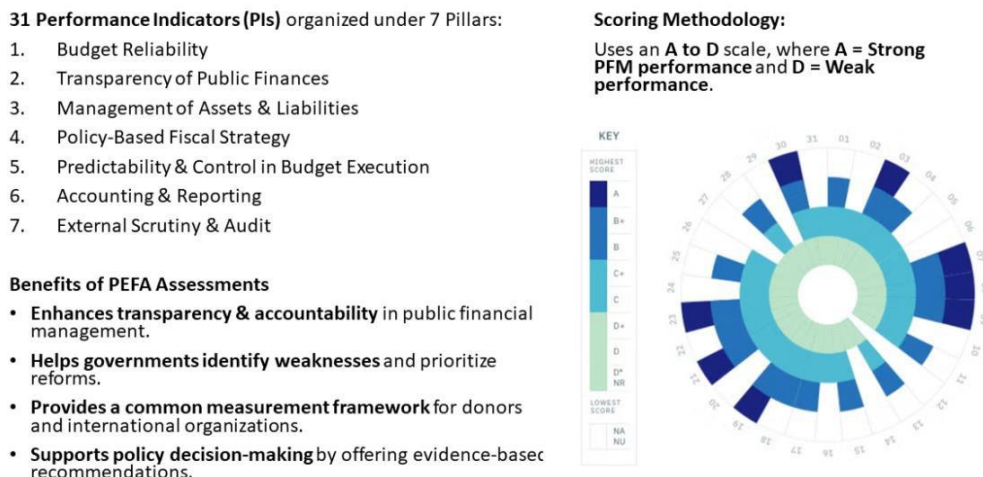


Fonte: OECD Reviews of Health Systems: Peru 2025

https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/04/oecd-reviews-of-health-systems-peru-2025_3f7c00aa/f3ddb6a4-en.pdf

Além dos relatórios de execução orçamentária e de despesas, as avaliações de Despesas Públicas e Responsabilidade Financeira (PEFA – Public Expenditure and Financial Accountability) são extremamente úteis para identificar padrões importantes sobre como os sistemas de gestão das finanças públicas (PFM) afetam a implementação dos orçamentos de saúde. O PEFA é um marco de avaliação dos sistemas de PFM, criado em 2001 por organismos internacionais como o Banco Mundial e o FMI, com o objetivo de aprimorar os sistemas de finanças públicas, de modo a fortalecer a transparência, a prestação de contas e a eficiência na oferta de serviços públicos. Esse instrumento avalia o sistema de PFM com base em sete pilares principais: (i) confiabilidade orçamentária; (ii) transparência das finanças públicas; (iii) gestão de ativos e passivos; (iv) estratégia fiscal baseada em políticas públicas; (v) previsibilidade e controle na execução orçamentária; (vi) contabilidade e relatórios; e (vii) fiscalização e auditoria externas.¹⁴² A Figura 11 a seguir apresenta uma visão geral do marco PEFA e de seu sistema de pontuação.

Figura 11: Visão geral do marco PEFA



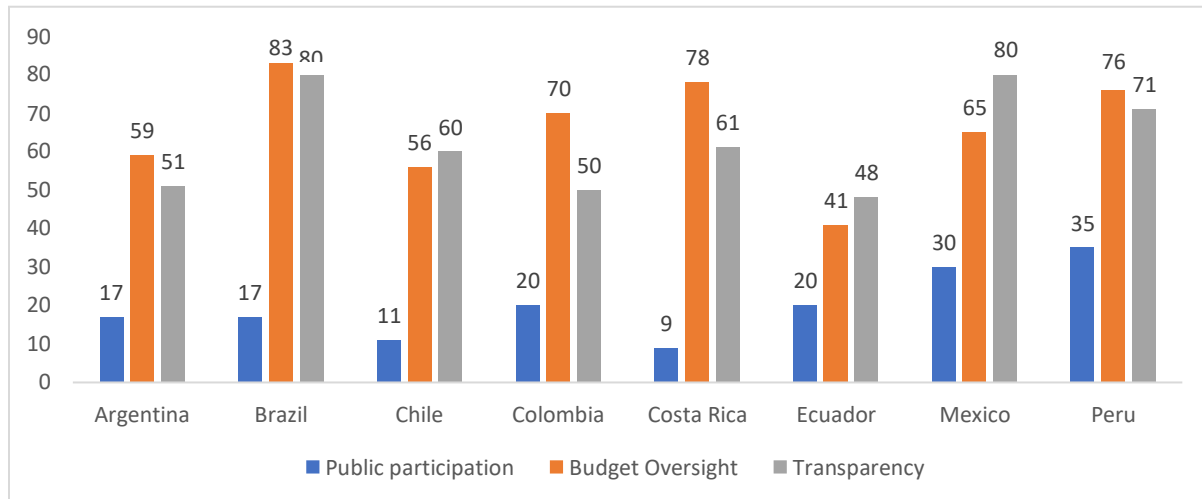
Fonte: Compilação do autor a partir do site Public Expenditure and Financial Accountability — <https://www.pefa.org/>

Embora a maioria das avaliações PEFA seja de âmbito nacional e não setorial, seus resultados têm implicações diretas para o desempenho do setor de saúde. O PEFA desenvolveu, em colaboração com a USAID, uma ferramenta de autoavaliação de Desempenho da Gestão das Finanças Públicas (Public Financial Management Performance Self-Assessment – PFMP-SA) voltada para o setor de saúde. No entanto, as informações sobre a adoção dessa ferramenta são incertas, especialmente após o desmantelamento da USAID.¹⁴³ Avaliações PEFA foram realizadas e estão disponíveis publicamente em alguns dos países estudados — Argentina, Colômbia, Costa Rica, México e Peru (com avaliações conduzidas em 9 regiões subnacionais do Peru). Os relatórios PEFA do Equador não estão disponíveis publicamente.

Com base nas avaliações PEFA recentes e publicamente disponíveis, Argentina, Colômbia e Costa Rica demonstram forças relativas em confiabilidade orçamentária e sistemas de tesouraria, o que contribui para um financiamento em saúde mais estável e fluxos de recursos mais previsíveis. A avaliação PEFA nacional da Argentina de 2019 identificou alta

confiabilidade orçamentária, sustentada por um forte alinhamento entre os orçamentos aprovados e executados, resultando em fluxos de financiamento confiáveis para os serviços de saúde. Além disso, sistemas robustos de tesouraria e gestão de caixa garantem a liberação oportuna de fundos de saúde. Entretanto, foram apontadas fragilidades importantes, como a fraca coordenação com o sistema público de saúde descentralizado — que dificulta o monitoramento e a responsabilização unificados —, a baixa integração de orçamentos orientados por desempenho, o que limita a vinculação entre o financiamento em saúde e os resultados de prestação de serviços, além de deficiências na transparência contábil e na fiscalização externa, abaixo das melhores práticas internacionais, o que enfraquece a credibilidade dos gastos em saúde e as auditorias nas províncias.¹⁴⁴ A Colômbia obteve pontuação elevada em confiabilidade orçamentária e planejamento de médio prazo, aspectos fundamentais para um financiamento previsível e para a continuidade das políticas de saúde. Além disso, uma avaliação da resposta à COVID-19 destacou flexibilidades na gestão das finanças públicas que permitiram rápidas realocações de recursos para o setor saúde durante emergências. No entanto, as avaliações apontaram fragilidades na orçamentação orientada a resultados — especialmente na vinculação entre resultados e alocações em saúde —, problemas de transparência em processos de compras públicas e baixa capacidade de auditoria externa para fiscalizar os gastos em saúde. Ademais, atrasos na acreditação de seguradoras e a fragmentação entre esquemas de seguro limitaram a eficiência dos gastos e prejudicaram a implementação.^{145, 146} A Costa Rica apresenta orçamentos confiáveis e altos níveis de transparência tanto em nível nacional quanto subnacional. Seus sistemas estáveis de tesouraria e de orçamentação subnacional sustentam o forte modelo de atenção primária à saúde do país. No entanto, são necessários esforços adicionais para vincular as alocações em saúde à qualidade e ao desempenho dos serviços em nível comunitário.¹⁴⁷ As revisões subnacionais do PEFA no Peru identificaram classificações orçamentárias econômicas e funcionais claras e logicamente estruturadas, alocação transparente de recursos — inclusive para o setor saúde — e alta previsibilidade nas transferências intergovernamentais. As avaliações indicaram boa previsibilidade nas transferências recorrentes. Apesar disso, foram observados problemas de compras públicas, transparência limitada e deficiências no acompanhamento das auditorias, bem como variações na capacidade de gestão entre os níveis subnacionais.¹⁴⁸

Além do PEFA, a International Budget Partnership (IBP) realiza a Open Budget Survey (OBS) para avaliar a transparência, a participação pública e a supervisão nas práticas orçamentárias governamentais dos países. A Figura 12 apresenta as pontuações dos países — em uma escala de 0 a 100 — nos três domínios avaliados para o ano de 2023. Uma pontuação acima de 61 é considerada adequada, enquanto qualquer valor inferior a 40 é considerado fraco. Observa-se que Chile, Equador e Argentina apresentam pontuações abaixo do nível adequado em supervisão orçamentária. Da mesma forma, as pontuações de transparência orçamentária também são inferiores ao nível adequado nesses países, além da Colômbia. As pontuações referentes à participação pública local são particularmente baixas — todos os países obtiveram menos de 40 pontos —, evidenciando a necessidade de maior envolvimento significativo da sociedade nos processos orçamentários.¹⁴⁹

Figura 12: Comparação das pontuações dos países na Open Budget Survey (OBS), 2023

Fonte: Open Budget Survey Rankings 2023 — <https://internationalbudget.org/wp-content/uploads/rankingscharts-OBS-2023.pdf>

Informantes-chave também discutiram diversos fatores que afetam a execução orçamentária e a transparência nos respectivos países. Informantes de cada país mencionaram as desigualdades geográficas e institucionais na alocação de recursos. Apesar de alguns países utilizarem pacotes de benefícios universais, a distribuição orçamentária frequentemente reforça desigualdades, especialmente entre áreas urbanas e rurais. Na Colômbia, um informante destacou as disparidades regionais em infraestrutura e capacidade técnica como fatores determinantes das iniquidades em saúde, mesmo diante da cobertura universal de seguros: “Temos problemas na utilização da parte de saúde pública. Incrivelmente, é de apenas 5%. Parte desse valor vai para localidades, para pequenos municípios. Os prefeitos dessas pequenas cidades têm uma parcela desse dinheiro. E, se pensarmos bem, temos na Colômbia cerca de 1.100 municípios diferentes. Alguns deles simplesmente não utilizam o dinheiro.” – Informante-chave, Colômbia. De modo semelhante, no México, um informante observou que a execução orçamentária é significativamente inferior ao orçamento inicial — e essa diferença tem aumentado. Informantes do Peru relataram que a execução do orçamento está nas mãos do Ministério das Finanças, o qual possui flexibilidade para realocar recursos entre diferentes programas ou até mesmo entre setores que estejam executando menos para aqueles que demandam mais orçamento. Por outro lado, embora a execução orçamentária geralmente seja baixa em categorias como aquisição de insumos, infraestrutura, equipamentos e medicamentos, os informantes observaram que o orçamento é insuficiente para atender às necessidades de saúde da população. De modo geral, a implementação dos orçamentos de saúde nos países estudados da região da América Latina e Caribe (ALC) varia amplamente. A execução orçamentária em saúde na América Latina apresenta grandes disparidades. Exemplos de execução orçamentária bem-sucedida incluem as reformas de saúde da Costa Rica, impulsionadas pelo modelo Program-for-Results (PforR) e vinculadas ao desempenho. Embora Chile e México possuam estruturas orçamentárias robustas, ainda faltam

vínculos claros entre os gastos e os resultados obtidos. O forte modelo de capitação da Colômbia garante ampla cobertura, mas falhas ocasionais na supervisão e atrasos em processos de aquisição indicam áreas que requerem aprimoramento. Nos países como Argentina, Equador e Peru, questões sistêmicas mais amplas e fatores macroeconômicos — como mudanças políticas, medidas de austeridade e rigidez estrutural — também afetaram a implementação orçamentária, comprometendo a execução eficaz dos recursos e prejudicando o alcance dos objetivos de saúde.

PRINCIPAIS DESAFIOS E LIÇÕES APRENDIDAS

Desafios

Como observado nas seções anteriores deste relatório, o orçamento em saúde na América Latina enfrenta desafios persistentes que comprometem a eficiência, a equidade e a sustentabilidade dos sistemas de saúde na região. Países como Argentina, Colômbia e Equador lidam com financiamento fragmentado, falta de coordenação entre os diferentes níveis de governo e espaço fiscal limitado, o que restringe sua capacidade de oferecer serviços de forma abrangente. A judicialização — em que pacientes recorrem à via judicial para obter acesso a tratamentos — adiciona imprevisibilidade e pressão financeira, especialmente na Colômbia e no Equador. Em muitos casos, estruturas orçamentárias rígidas e mecanismos frágeis de monitoramento dificultam a adaptação às mudanças nas necessidades de saúde e impedem o direcionamento dos gastos com foco em resultados. Esses desafios são agravados pela volatilidade econômica e pelas mudanças políticas, que frequentemente interrompem o planejamento de longo prazo e comprometem a continuidade dos investimentos em saúde. A seguir, são listados alguns dos principais desafios na orçamentação em saúde identificados neste estudo.

Ambiente de financiamento desfavorável

- **Comprometimento com a Cobertura Universal de Saúde (UHC)**, porém com subfinanciamento: A maioria dos países latino-americanos estudados demonstrou forte comprometimento com a Cobertura Universal de Saúde (UHC); no entanto, o subfinanciamento crônico tem limitado significativamente os avanços. Apesar da recomendação da OMS de destinar pelo menos 6% do PIB à saúde, Argentina, México, Peru e Equador investem valores muito inferiores, deixando seus sistemas públicos despreparados para responder às necessidades crescentes e em transformação da atenção à saúde. México e Peru, em particular, apresentam os menores níveis de gasto público da região, o que resulta em uma forte dependência dos pagamentos diretos do bolso dos usuários. O Chile também enfrenta altos níveis de gasto domiciliar em saúde devido às desigualdades entre o setor privado bem financiado e o setor público subfinanciado. Na Argentina, a instabilidade econômica e a inflação corroem o valor real dos orçamentos, enquanto o Equador enfrenta volatilidade fiscal associada à dependência das receitas do petróleo. Essas restrições financeiras se traduzem em escassez de insumos, ineficiências e desigualdades no acesso, afetando especialmente as populações pobres e trabalhadoras informais.

Mesmo sistemas mais robustos sofrem pressões. O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, garantido constitucionalmente, avançou na universalização do acesso, mas os tetos de gasto federais e os desafios de coordenação entre os diferentes níveis de governo pressionam os recursos disponíveis. Já o modelo baseado em seguros da Colômbia enfrenta déficits financeiros à medida que os custos superam as transferências per capita, ameaçando sua sustentabilidade. A Costa Rica se destaca por meio da Caixa Costarricense de Seguro Social (CCSS), que assegura acesso relativamente equitativo, embora também enfrente custos crescentes decorrentes do envelhecimento populacional e do aumento das doenças não transmissíveis (DNTs). De forma geral, em toda a região, o subfinanciamento, a fragmentação e a dependência dos pagamentos diretos continuam a enfraquecer a proteção financeira e a equidade, deixando os objetivos da Cobertura Universal de Saúde (UHC) apenas parcialmente alcançados.

- Restrições fiscais crônicas:** O ambiente macrofiscal — marcado por volatilidade econômica, pressões inflacionárias e leis rígidas de gestão das finanças públicas — limita ainda mais a capacidade dos governos de alocar e executar orçamentos de saúde de forma eficaz. Esse subfinanciamento se traduz em escassez de serviços, ineficiências e desigualdades persistentes no acesso, além de aumentar a dependência dos pagamentos diretos do bolso dos usuários, que afetam desproporcionalmente os domicílios de baixa renda. Na Argentina, a instabilidade econômica e a alta inflação corroem o valor real dos orçamentos de saúde, restringindo a capacidade de operação dos hospitais públicos e dos serviços de atenção primária. No Brasil, apesar da garantia constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS), o financiamento federal da saúde tem se mantido estagnado devido aos tetos de gasto, o que aumenta as despesas diretas das famílias e pressiona a coordenação entre os níveis federal, estadual e municipal.

O esquema de seguro de saúde subsidiado da Colômbia sofre com subfinanciamento crônico, acumulando déficits financeiros nas Entidades Promotoras de Saúde (EPS), impulsionados por pagamentos per capita subestimados e custos crescentes de atenção.

No México, o baixo investimento público em saúde e a fragmentação da cobertura deixaram o sistema altamente dependente dos gastos diretos das famílias, afetando especialmente os trabalhadores informais e as pessoas sem seguro de saúde. O Peru, com um dos menores níveis de gasto público em saúde da região, enfrenta subfinanciamento estrutural que compromete a oferta de serviços, fazendo com que os domicílios arquem diretamente com grande parte dos custos. Em todos esses países, as regras fiscais rígidas, o subinvestimento crônico e as estruturas de financiamento fragmentadas limitam a capacidade dos sistemas de saúde de atender às demandas crescentes, ressaltando a necessidade urgente de reformas que ampliem o espaço fiscal, aumentem a flexibilidade orçamentária e fortaleçam a equidade no financiamento.

Abordagens orçamentárias

- Orçamentos baseados em tendências históricas em vez de necessidades de saúde:** Os países analisados frequentemente dependem de orçamentos baseados em itens de linha e em tendências históricas, o que vincula os recursos a categorias fixas, como pessoal ou infraestrutura, em vez de direcioná-los para resultados ou prioridades epidemiológicas. Isso limita a flexibilidade e a capacidade de resposta, como observado no Peru, onde orçamentos desatualizados e uma gestão fiscal pública rígida desestimulam a adaptação estratégica às necessidades em mudança. A falta de liderança em saúde pública, o número insuficiente de profissionais técnicos e os sistemas de dados deficientes agravam essa rigidez, comprometendo os esforços para alinhar os recursos às cargas de doenças ou aos indicadores de desempenho. Há um subaproveitamento generalizado das abordagens baseadas em evidências na elaboração orçamentária em saúde. Embora países como Chile, Costa Rica, Peru e México tenham buscado adotar métodos orçamentários mais orientados por evidências, essas iniciativas ainda precisam ser fortalecidas e ampliadas para terem maior alcance na região.
- Falta de dados ou de uso de dados para embasar os orçamentos:** O uso limitado de dados rotineiros e de evidências analíticas na elaboração dos orçamentos de saúde continua sendo um grande obstáculo para uma alocação de recursos mais inteligente e orientada pelas necessidades na maioria dos países analisados. Muitos países ainda dependem fortemente de orçamentos históricos baseados em itens de linha e apresentam vínculos institucionais frágeis entre os dados epidemiológicos ou de carga de doenças e as fórmulas orçamentárias. Por exemplo, Colômbia e Peru dispõem de bons sistemas de dados, mas carecem de uma estratégia institucionalizada para monitorar indicadores e agir sobre ineficiências, o que limita a realocação de recursos para áreas com maior carga de doenças. As principais causas subjacentes incluem fundos de financiamento fragmentados, contas nacionais de saúde frágeis e sistemas digitais incompletos, que limitam o uso em tempo real de dados sobre custos, utilização e resultados na definição dos envelopes orçamentários anuais e das prioridades. Algumas reformas vêm sendo implementadas para enfrentar essas limitações, como a adoção de orçamentos baseados em resultados e desempenho, que combinam dados e sistemas de monitoramento com incentivos institucionais para alinhar o financiamento à carga de doenças e às necessidades de saúde; o uso de mecanismos de compra estratégica mais baseados em evidências e a implantação de sistemas de rastreamento de despesas em diversos países da região.

Governança

- Problemas de coordenação entre os ministérios da Saúde, Finanças e Planejamento:** Um dos principais desafios para a elaboração orçamentária em saúde

na América Latina é a coordenação fragmentada entre os ministérios da Saúde, das Finanças e os governos subnacionais, bem como entre os esquemas públicos de seguro e os fundos de seguridade social. Essa fragmentação frequentemente resulta em duplicação de gastos, ineficiências e desigualdades na prestação de serviços de saúde. Na Argentina, as responsabilidades sobrepostas entre o Ministério da Saúde, as autoridades provinciais e os fundos de seguridade social geram incentivos desalinhados, e os mecanismos frágeis de coordenação impedem a alocação eficiente dos recursos. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), embora garantido constitucionalmente, enfrenta problemas persistentes de coordenação entre os níveis federal, estadual e municipal — agravados pela descentralização fiscal —, o que resulta em desigualdade na qualidade dos serviços e lacunas na implementação das prioridades nacionais. Na Colômbia, a coexistência dos regimes de seguro de saúde contributivo e subsidiado gerou déficits de coordenação, com transferências financeiras frequentemente atrasadas ou desalinhadas em relação às necessidades reais da população. No Chile, o sistema público FONASA e os seguros privados ISAPRE operam de forma isolada, o que resulta em desigualdades e ineficiências na elaboração e alocação dos recursos orçamentários. A Costa Rica, apesar de possuir uma atenção primária sólida, enfrenta rigidez institucional entre o Ministério da Saúde e a Caixa Costarricense de Seguro Social (CCSS), o que dificulta o planejamento e o financiamento conjuntos. No México, o desmonte do Seguro Popular e a criação do INSABI expuseram fragmentação institucional e problemas de coordenação, enquanto, no Peru, a coexistência entre o Ministério da Saúde (MoH), o EsSalud e as diretorias regionais de saúde tem prejudicado a coordenação orçamentária, especialmente na articulação das prioridades nacionais com a execução subnacional. Coletivamente, essas falhas de coordenação enfraquecem a tradução dos planos estratégicos de saúde em orçamentos coerentes, perpetuam ineficiências e limitam o avanço rumo à Cobertura Universal de Saúde (UHC).

- **Descentralização sem capacidade adequada:** Um obstáculo persistente para uma elaboração orçamentária eficaz em saúde na América Latina é a capacidade administrativa local limitada para planejar, executar e monitorar os recursos de saúde, o que compromete a equidade e a eficiência. Muitos países descentralizaram as responsabilidades em saúde para os níveis subnacionais sem fornecer os recursos técnicos e gerenciais necessários para sua adequada administração. Na Argentina, as autoridades provinciais e municipais frequentemente carecem de expertise e de ferramentas para traduzir as prioridades nacionais de saúde em orçamentos locais, o que resulta em prestação de serviços fragmentada e em ineficiências operacionais. O SUS altamente descentralizado do Brasil depende fortemente dos estados e municípios para a execução orçamentária, mas a capacidade técnica desigual e a gestão fiscal fraca em nível local contribuem para disparidades na qualidade dos serviços e uma subexecução significativa dos recursos alocados. Na Colômbia e no Peru, os governos subnacionais frequentemente enfrentam baixa capacidade institucional, o que leva a atrasos na liberação e na execução dos orçamentos, especialmente nas áreas rurais, onde o monitoramento e a supervisão são limitados. No México, os estados frequentemente

subexecutam os recursos de saúde alocados, apresentando baixas taxas de execução orçamentária que refletem gargalos administrativos e, em alguns casos, corrupção associada a sistemas de monitoramento insuficientes. O Chile e a Costa Rica possuem estruturas institucionais comparativamente mais robustas, porém os estabelecimentos de saúde locais ainda enfrentam escassez de recursos e rigidez administrativa, fatores que limitam o uso eficaz dos orçamentos disponíveis. O Equador evidencia os riscos da descentralização sem supervisão adequada, uma vez que os municípios têm demonstrado baixa capacidade de absorção de recursos e vulnerabilidade ao mau uso dos fundos. Em toda a região, essas lacunas de capacidade local não apenas reduzem a eficiência, mas também aprofundam as desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços de saúde, afetando de forma mais intensa as populações marginalizadas e rurais.

Mandatos e estruturas institucionais

- Sistema de saúde fragmentado que leva a ineficiências:** Diversos países analisados enfrentam grande fragmentação em seus sistemas de saúde, abrangendo programas, instituições e níveis de governo. Isso levou à duplicação de pessoal, infraestrutura e fluxos de financiamento. Na Argentina, as províncias são constitucionalmente responsáveis pela prestação dos serviços públicos de saúde, o que lhes confere grande autonomia no planejamento e nos gastos, mas cria amplas disparidades no acesso e na qualidade entre as regiões. O SUS do Brasil, embora universal em princípio, sofre com lacunas de coordenação e financiamento entre os níveis federal, estadual e municipal, sendo que a descentralização amplia as desigualdades na prestação dos serviços. De forma semelhante, Peru e México enfrentam sistemas altamente descentralizados, mas fragmentados, nos quais o Ministério da Saúde e as instituições de seguridade social operam de forma isolada. No México, entidades sobrepostas como a SSA, o IMSS e o ISSSTE mantêm redes paralelas de financiamento e prestação de serviços, o que dificulta a integração de recursos e gera ineficiências. Outros países enfrentam formas mais sutis de fragmentação. No Chile, existe um forte controle fiscal e um orçamento baseado em desempenho, mas persistem profundas desigualdades entre os usuários do sistema público FONASA e os segurados privados das ISAPRE, resultando em um sistema de duas camadas. O Equador enfrenta problemas de duplicação entre as instalações do Ministério da Saúde e as instituições de seguridade social, o que leva à infraestrutura redundante e à prestação desigual de serviços. A Costa Rica é comparativamente menos fragmentada devido ao papel dominante da Caja Costarricense de Seguro Social no financiamento e na prestação de serviços, embora ainda ocorram algumas sobreposições institucionais com as funções regulatórias do Ministério da Saúde. Em toda a região, essa fragmentação enfraquece a capacidade de vincular os orçamentos às prioridades estratégicas, reduz as economias de escala e perpetua desigualdades no acesso e na qualidade da atenção.
- Vínculos frágeis entre o planejamento, a priorização e a elaboração orçamentária em saúde:** Em muitos países, os planos de saúde — sejam nacionais,

de médio prazo ou anuais — existem de forma independente do processo orçamentário, resultando em lacunas entre as prioridades declaradas e os recursos realmente disponíveis. Na Argentina, a autonomia provincial na prestação de serviços de saúde e as estruturas de planejamento fragmentadas frequentemente fazem com que as estratégias nacionais sejam pouco refletidas nos orçamentos provinciais. O SUS do Brasil enfrenta dificuldades semelhantes, já que os planos federais de saúde nem sempre estão plenamente sincronizados com a execução orçamentária dos estados e municípios, o que resulta em implementação desigual e lacunas na cobertura dos serviços. Embora o Plano Decenal de Saúde Pública da Colômbia defina prioridades nacionais, os fluxos de financiamento destinados às EPS e às autoridades locais de saúde frequentemente não estão alinhados com a carga de doenças nem com os objetivos estratégicos. No México, as múltiplas instituições — SSA, IMSS e ISSSTE — operam com ciclos orçamentários amplamente independentes, o que dificulta garantir que as metas nacionais de saúde se traduzam em um financiamento coordenado. No Chile, Equador, Costa Rica e Peru, embora existam documentos de planejamento, a fraca integração com o processo orçamentário, as estruturas rígidas de itens de despesa e o uso limitado de evidências dificultam o alinhamento dos recursos com as necessidades de saúde. Em toda a região, essas desconexões reduzem a eficiência, limitam a capacidade de resposta às mudanças epidemiológicas e perpetuam as desigualdades no acesso e na qualidade da atenção à saúde.

Lições

Além dos desafios, as diversas experiências dos países latino-americanos estudados oferecem lições valiosas sobre orçamentação em saúde, que podem contribuir para sistemas de saúde mais efetivos, equitativos e resilientes. Apesar das diferentes estruturas institucionais e capacidades fiscais, países como Peru, Argentina, Costa Rica e México demonstraram como reformas orçamentárias estratégicas — como financiamento baseado em resultados, compras centralizadas, tributação equitativa e investimento na atenção primária à saúde — podem impulsionar melhorias no acesso, na eficiência e nos resultados em saúde.

Países como Costa Rica, Peru e Argentina adotaram diversos modelos de orçamentação baseada em resultados, que contribuíram tanto para o aumento do financiamento em saúde quanto para melhorias nos resultados sanitários. O modelo EBAIS da Costa Rica utiliza dados da atenção primária para direcionar recursos a áreas de alto risco e informar o orçamento em nível local, promovendo maior equidade nas alocações. No Peru, as abordagens de orçamentação PforR alinham a alocação de recursos com resultados de saúde, o que tem contribuído para reduções significativas na mortalidade materna e infantil e melhorias nutricionais, embora persistam desafios de flexibilidade e coordenação sistêmica. O Plan Nacer/ Sumar da Argentina, apoiado por financiamento do Banco Mundial, é um exemplo duradouro de financiamento baseado em resultados, ao vincular incentivos a governos provinciais e prestadores de serviços, permitindo a entrega direcionada de cuidados a milhões de pessoas sem seguro de saúde. A Costa Rica otimiza seu orçamento por meio de

compras centralizadas, aumentando a eficiência na aquisição de produtos médicos. Isso é complementado por investimentos mais amplos no sistema de saúde e pela Cobertura Universal de Saúde (UHC), contribuindo para a sustentabilidade financeira geral. A CCSS centraliza fundos — provenientes de folhas de pagamento e impostos sobre produtos nocivos como tabaco e bebidas alcoólicas — para oferecer cobertura universal e evitar a estratificação social dos benefícios de saúde (Caixa 1). Embora a judicialização da saúde tenha imposto forte pressão sobre os orçamentos de saúde nesses países, ela também tem sido eficaz na ampliação do acesso dos cidadãos aos serviços essenciais. Na Colômbia, a judicialização — o direito legal dos cidadãos de exigir acesso a tratamentos aprovados — garante responsabilização e expande o acesso. Costa Rica e Equador também enfrentam pressões semelhantes, com ações judiciais de cidadãos para obter terapias. Por fim, fontes intersetoriais e inovadoras de financiamento em saúde podem ajudar a aumentar os recursos orçamentários. A OPAS relatou esforços em Argentina, Chile, Costa Rica e México para utilizar abordagens de “Saúde em Todas as Políticas” e mecanismos de orçamentação intersetorial para promover a equidade. Políticas fiscais — como o imposto sobre refrigerantes e alimentos ultraprocessados implementado no México em 2013 — geraram receita para a instalação de bebedouros em escolas e reduziram o consumo de açúcar em quase 8% em dois anos. Impostos semelhantes sobre tabaco, álcool e bebidas açucaradas foram testados em Brasil, Colômbia, México e Chile, tanto para aumentar recursos quanto para conter doenças crônicas não transmissíveis. Os países latino-americanos podem se beneficiar aprendendo com essas experiências bem-sucedidas de seus pares, bem como com lições-chave provenientes de outras partes do mundo.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Melhorar a orçamentação em saúde na América Latina exige uma abordagem multifacetada para enfrentar as ineficiências sistêmicas, promover a transparência e alinhar o planejamento financeiro às necessidades de saúde da população. As discussões com informantes-chave destacaram a necessidade de uma reforma abrangente dos processos orçamentários. Em países como a Argentina, entrevistados enfatizaram a importância de reduzir a fragmentação do sistema de financiamento e de desenvolver contas nacionais de saúde precisas e atualizadas, além de índices de preços específicos para serviços e medicamentos de saúde. Essas reformas ajudariam a estabelecer uma orçamentação baseada em desempenho, melhorar a alocação de recursos e viabilizar o monitoramento de indicadores-chave de desempenho. De forma semelhante, as estruturas orçamentárias devem ser alinhadas aos diferentes níveis de atenção, como recomendado no México e pela OCDE, garantindo que os gastos reflitam as distintas necessidades dos sistemas de atenção primária, secundária e terciária.

Informantes-chave também destacaram que a transparência e a responsabilização devem ser prioridades centrais em toda a região. Peru, México e Equador defenderam

a disponibilização pública das informações orçamentárias e o aprimoramento dos sistemas de monitoramento como estratégias para combater a corrupção generalizada e a ineficiência. Isso inclui a transformação digital dos sistemas de compras e de gestão financeira, como sugerido no Equador, para aumentar a rastreabilidade e reduzir perdas de recursos. Em Colômbia e Peru, onde a corrupção nos setores público e privado compromete a eficiência, é fundamental implementar sistemas robustos de vigilância, procedimentos padronizados e mecanismos eficazes de fiscalização para proteger os fundos públicos.

As entrevistas também enfatizaram que o processo orçamentário deve ser mais adaptativo e orientado para resultados. Países como Equador e Costa Rica destacaram a necessidade de ferramentas de planejamento flexíveis para responder a demandas emergentes, como o aumento da procura por terapias de alto custo. Na Costa Rica, a judicialização gera imprevisibilidade orçamentária, ressaltando a importância de melhorar as projeções financeiras e incorporar marcos de custo-efetividade que considerem os impactos sociais — e não apenas os custos dos medicamentos. Em vários países, foi destacada a necessidade de incorporar o planejamento de longo prazo, especialmente na Colômbia, onde decisões de curto prazo têm levado a ineficiências. Por fim, fortalecer o investimento em atenção primária e o alcance populacional, como enfatizado no Chile e na Costa Rica, é fundamental para alcançar a cobertura universal e reduzir as desigualdades em saúde, sobretudo entre populações desassistidas, como trabalhadores informais e homens jovens. Essas recomendações, baseadas em percepções diretas de campo, apontam para a urgência de fortalecer a governança, a coordenação institucional e as políticas baseadas em evidências na construção de sistemas de financiamento em saúde mais resilientes e equitativos.

Com base nas questões identificadas neste estudo e nas discussões com informantes-chave, propomos as seguintes recomendações para aprimorar a orçamentação em saúde nos países latino-americanos analisados. Essas recomendações destacam a importância de alinhar o planejamento financeiro às prioridades de saúde, de promover a colaboração intersetorial e de utilizar a política fiscal não apenas como instrumento de arrecadação, mas também como mecanismo para promover populações mais saudáveis. Em conjunto, elas evidenciam que mecanismos orçamentários bem desenhados são fundamentais para alcançar a Cobertura Universal de Saúde (UHC) e responder de forma sustentável tanto às necessidades rotineiras quanto às situações de crise em saúde.

1. **Aumento dos gastos públicos em saúde e sustentabilidade financeira.** A maioria dos países enfrenta o aumento da carga de doenças não transmissíveis (DNTs) e há subfinanciamento e déficits orçamentários (Brasil, Colômbia). É necessário aumentar o investimento público em saúde e explorar mecanismos de financiamento alternativos para garantir recursos adequados.
2. **Distribuição mais equitativa de recursos:** Os gastos per capita para todos os grupos da população devem ser equitativos (atualmente um problema no México e no Chile). Há necessidade de reformas em direção a um sistema de saúde unificado para garantir

acesso e distribuição de recursos de forma equitativa.

3. **Melhoria da governança e da coordenação:** Melhorar a coordenação entre os diferentes níveis de governo e as instituições de saúde para aprimorar a tomada de decisões e a responsabilidade.
4. **Promoção de orçamentos e prioridades em saúde baseados em evidências:** As evidências sobre carga de doenças e avaliações econômicas não têm estado disponíveis ou amplamente utilizadas para auxiliar na alocação orçamentária e na definição de prioridades. A maioria dos países se beneficiará de um melhor uso dessas evidências para desenhar o pacote de benefícios e alocar um orçamento adequado, a fim de melhorar a eficiência e a saúde da população.
5. **Fortalecimento de capacidades:** Países descentralizados (México, Brasil, Argentina) e países com capacidade institucional local (Equador) relataram diferentes níveis de capacidade que afetam a execução orçamentária e a prestação de serviços. É necessário desenvolver as capacidades administrativas e técnicas das instituições de saúde, especialmente no nível subnacional, para gerenciar os serviços de forma eficaz.
6. **Um sistema de saúde mais bem integrado para otimizar os serviços e reduzir as ineficiências.** Esta é uma oportunidade importante em países como México e Peru, que apresentam alta fragmentação entre os níveis federal e estadual. É necessário consolidar as estruturas de financiamento e prestação de serviços de saúde para reduzir redundâncias e melhorar a coordenação.

REFERÊNCIAS

1. Barroy H, Yameogo, Pierre, Blecher, Mark, Sabignoso, Martin, Piatti, Moritz, and Kutzin J. Public Financial Management: A Pathway to Universal Health Coverage in Low-and-Middle Income Countries. *Health Systems & Reform*. 2024 Dec 18;10(3):2368051.
2. Public financial management [Internet]. [cited 2025 Aug 21]. Available from: <https://www.who.int/teams/health-systems-governance-and-financing/healthfinancing/policy/public-financial-management>
3. The urgency of investing in health systems in Latin America and the Caribbean.
4. PAHO 2023. External funding to health systems in Latin America [Internet]. 2023 [cited 2025 Aug 21]. Available from: <https://www.paho.org/sites/default/files/2023-02/resumen-db-dec2022-eng.pdf>
5. Bossert T, Blanchet N, Sheetz S, Pinto DM, Cali J, Perez-Cuevas R. Comparative Review of Health System Integration in Selected Countries in Latin America. *IDB Publications* [Internet]. 2014 Jan 1 [cited 2025 Aug 22]; Available from: <https://publications.iadb.org/en/comparative-review-healthsystem-integration-selected-countries-latin-america>
6. Pierro B. Fragmentation and inequalities in Latin American healthcare systems [Internet]. *Science Arena*. 2024 [cited 2025 Aug 22]. Available from: <https://www.sciencearena.org/en/news/fragmentation-and-inequalities-in-latin-american-healthcare-systems/>
7. Gómez-Dantés O, Flamand L, Cerecero-García D, Morales-Vazquez M, Serván-Mori E. Origin, impacts, and potential solutions to the fragmentation of the Mexican health system: a consultation with key actors. *Health Research Policy and Systems*. 2023 July 31;21(1):80.
8. OECD, The World Bank. Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023 [Internet]. OECD; 2023 [cited 2025 June 13]. Available from: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-latin-america-and-the-caribbean-2023_532b0e2d-en.html
9. How can Latin American countries improve their medium-term fiscal frameworks for better public finances? [Internet]. *ECOSCOPE*. 2024 [cited 2025 June 27]. Available from: <https://oecdecoscope.blog/2024/01/16/how-can-latin-american-countries-improve-their-medium-term-fiscal-frameworks-for-better-public-finances/>
10. Foo CD, Verma M, Tan SY, Hamer J, Mark N van der, Pholpark A, et al. Health financing policies during the COVID-19 pandemic and implications for universal health care: a case study of 15 countries. *The Lancet Global Health*. 2023 Dec 1;11(12):e1964–77.
11. Savedoff WD, Bernal P, Distrutti M, Goyeneche L, Bernal C. Going Beyond Normal Challenges for Health and Healthcare in Latin America and the Caribbean Exposed by Covid-19. *IDB Publications* [Internet]. 2022 May 10 [cited 2025 June 13]; Available from: <https://publications.iadb.org/en/going-beyond-normal-challenges-for-health-and-healthcare-in-latin-america-and-the-caribbean-exposed-by-covid-19>
12. Smart Spending for Health: How to Make Each Dollar Count | Publications [Internet]. [cited 2025 Mar 24].

Available from: <https://publications.iadb.org/en/publications/english/viewer/Smart-Spending-for-Health-How-to-Make-Each-Dollar-Count.pdf>

13. World Bank Open Data [Internet]. *World Bank Open Data*. [cited 2025 May 6]. Available from: <https://data.worldbank.org>
14. Latin America and the Caribbean [Internet]. *OECD*. [cited 2025 June 12]. Available from: <https://www.oecd.org/en/regions/latin-america-and-the-caribbean.html>
15. Global Health Expenditure Database [Internet]. [cited 2025 May 6]. Available from: <https://apps.who.int/nha/database>
16. Health Financing - PAHO/WHO | Pan American Health Organization [Internet]. 2025 [cited 2025 Aug 22]. Available from: <https://www.paho.org/en/topics/health-financing>
17. Budget matters for health: key formulation and classification issues [Internet]. [cited 2025 Aug 21]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HGF-PolicyBrief-18.4>
18. Hernandez-Villafuerte DK. Socioeconomic burden of main diseases in eight Latin American countries.
19. Pan American Health Organization. *Major storm on the horizon: Health and macroeconomic burdens of noncommunicable diseases and mental health conditions in South America*. Washington, D.C.: PAHO; 2025. [Internet]. [cited 2025 Aug 22]. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/65981/9789275129753_eng.pdf?sequence=1&isAllo wed=y
20. Bloom DE, Chen S, McGovern ME. The economic burden of noncommunicable diseases and mental health conditions: results for Costa Rica, Jamaica, and Peru. *Rev Panam Salud Publica*. 2018 Feb 28;42:e18.
21. CEPAL. *La sostenibilidad financiera de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe: desafíos para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal* [Internet]. Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2025. Available from: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/81427-la-sostenibilidad-financiera-sistemas-salud-america-latina-caribe-desafios>
22. WHO. UHC service coverage index [Internet]. [cited 2025 June 11]. Available from: <https://data.who.int/indicators/i/3805B1E/9A706FD>
23. Need and inequality in the use of health care services in a fragmented and decentralized health system: evidence for Argentina | *International Journal for Equity in Health* | Full Text [Internet]. [cited 2025 Apr 30]. Available from: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-020-01168-6>
24. Rubinstein A, Zerbino, María Clara, Cejas, Cintia, and López A. Making Universal Health Care Effective in Argentina: A Blueprint for Reform. *Health Systems & Reform*. 2018 July 3;4(3):203–13.
25. Gilardino RE, Valanzasca P, Rifkin SB. Has Latin America achieved universal health coverage yet? Lessons from four countries. *Arch Public Health*. 2022 Jan 21;80:38.
26. Sobre o FNS [Internet]. *FNS*. [cited 2025 Mar 22]. Available from: <https://portalfns.saude.gov.br/sobre-o-fns/>

27. OECD and The World Bank. *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023* [Internet]. [cited 2025 June 13]. Available from: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/04/health-at-a-glance-latin-america-and-the-caribbean-2023_7ba284d7/532b0e2d-en.pdf
28. Cerda AA, García LY, Rivera-Arroyo J, Riquelme A, Teixeira JP, Jakovljevic M. Comparison of the healthcare system of Chile and Brazil: strengths, inefficiencies, and expenditures. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. 2022 Dec 16;20(1):71.
29. Escobar ML, Giedion U, Giuffrida A, Glassman AL. *Colombia: After a Decade of Health System Reform*.
30. Rosa RM, Alberto IC. Universal health care for Colombians 10 years after Law 100: challenges and opportunities. *Health Policy*. 2004 May;68(2):129–42.
31. Espinosa O, Rodríguez J, Arias ML, Pinzón D, Valdez EA. Analysis of the financial situation of the maximum budgets of the Health-Promoting Entities in Colombia. *World Medical & Health Policy*. 2024;16(4):745–58.
32. Ministry of Health Sets Maximum Budgets to Strengthen the Guarantee of Colombians' Right to Health [Internet]. [cited 2025 Sept 19]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/English/Paginas/Ministry-of-Health-Sets-Maximum-Budgets-to-Strengthen-the-Guarantee-of-Colombians-Right-to-Health-.aspx>
33. Ecuador - Country Profile | Health in the Americas [Internet]. [cited 2025 Aug 23]. Available from: <https://hia.paho.org/en/country-profiles/ecuador>
34. Granda ML, Jimenez WG. The evolution of socioeconomic health inequalities in Ecuador during a public health system reform (2006–2014). *International Journal for Equity in Health*. 2019 Feb 8;18(1):31.
35. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Touchton M, McDonald T, Blofield M, Avila Burgos L, et al. Setbacks in the quest for universal health coverage in Mexico: polarised politics, policy upheaval, and pandemic disruption. *The Lancet*. 2023 Aug;402(10403):731–46.
36. Lakin JM. The End of Insurance? Mexico's Seguro Popular, 2001–2007. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2010 June 1;35(3):313–52.
37. Balandrán A, Méndez Hernández E, Allin S, González-Block MA, Reyes-Morales H, Cahuana Hurtado L. *Health Systems in Transition: Mexico* [Internet]. University of Toronto Press; 2021 [cited 2025 May 7]. Available from: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.3138/9781487538422/html>
38. PERÚ EP de SESA. Minsa: 70% de personas residentes en el Perú están afiliadas al Seguro Integral de Salud [Internet]. 2024 [cited 2025 Sept 19]. Available from: <https://andina.pe/ingles/noticia-minsa-70-personas-residentes-el-peru-estan-afiliadas-al-segurointegral-salud-972373.aspx>
39. Seguro Integral de Salud - SIS [Internet]. 2025 [cited 2025 Sept 19]. Available from: <https://www.gob.pe/sis>
40. OECD. *OECD Reviews of Health Systems: Peru 2025* [Internet]. OECD Publishing; 2025 [cited 2025 May 13]. (OECD Reviews of Health Systems). Available from: https://www.oecd.org/en/publications/oecd-reviews-of-health-systems-peru-2025_f3ddb6a4-en.html
41. Cobertura integral y gratuita para todos los asegurados del SIS está garantizada financieramente en el 2024 [Internet]. [cited 2025 Sept 19]. Available from:

<https://www.gob.pe/institucion/sis/noticias/891539-cobertura-integral-y-gratuita-para-todos-losasegurados-del-sis-esta-garantizada-financieramente-en-el-2024>

42. SIS garantiza cobertura integral y gratuita de sus cinco planes de seguros en el 2023 [Internet]. [cited 2025 Sept 19]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/sis/noticias/680749-sisgarantiza-cobertura-integral-y-gratuita-de-sus-cinco-planes-de-seguros-en-el-2023>
43. Unger JP, De Paepe P, Buitrón R, Soors W. Costa Rica: Achievements of a Heterodox Health Policy. *Am J Public Health*. 2008 Apr;98(4):636–43.
44. Bala A. Costa Rica Prioritizes Public Health [Internet]. *IMF*. [cited 2025 June 16]. Available from: <https://www.imf.org/en/News/Articles/2022/03/09/cf-costa-rica-prioritizes-public-health>
45. Vol VIII: Costa Rica's Health Care Reform: Impact and Success of the EBAIS Model [Internet]. *The McGill Journal of Global Health*. 2020 [cited 2025 June 16]. Available from: <https://mghjournal.com/2020/09/19/vol-viii-costa-ricas-health-care-reform-impact-and-successof-the-ebais-model/>
46. Di Giorgio L, Rosado Valenzuela AL, Sheffel A, Mussini M. Introducing Strategic Purchasing in Costa Rica [Internet]. Washington, DC: *World Bank*; 2024 [cited 2025 May 8]. Available from: <https://hdl.handle.net/10986/41956>
47. Case Studies: Costa Rica [Internet]. [cited 2025 June 17]. Available from: https://vula.uct.ac.za/access/content/group/9c29ba04-b1ee-49b9-8c85-9a468b556ce2/HealthEconomics/ALPS%20case-studies/costa_rica.html
48. Cetrángolo O, Devoto F. *Organización de la salud en Argentina y equidad: una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual* [Internet]. 2002. Available from: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/70dc83ae-9a4a-422d-8a24-de36397ca26d/content>
49. Ministerio de Economía Argentina. *El sistema presupuestario en la administración nacional de la República Argentina* [Internet]. Available from: https://www.economia.gob.ar/onp/documentos/manuales/el_sistema_presupuestario_publico.pdf
50. Health System Profile – Argentina 2002 [Internet]. [cited 2025 June 16]. Available from: https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Health_System_Profile-Arentina_2002.pdf
51. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011 May 21;377(9779):1778–97.
52. Ortega F, Pele A. Brazil's unified health system: 35 years and future challenges. *Lancet Reg Health Am*. 2023 Nov 10;28:100631.
53. Massuda A, Hone T, Leles FAG, Castro MC de, Atun R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2018 July 3 [cited 2025 June 16];3(4). Available from: <https://gh.bmj.com/content/3/4/e000829>
54. Villarroel S, Osorio M, Bachelet VC. A scoping review and analysis of a series of country experiences to inform the Chilean health financing reform. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2025 Mar 20;49:1.
55. Espinosa O, Rodríguez-Lesmes P, Prada S, Bolívar M, Mejía-Becerra JD, Vecino-Ortíz AI. Health insurance premium in Colombia for 2025: a strictly political-ideological decision without technical-scientific arguments? *Health Economics Review*. 2025 Apr 8;15(1):31.
56. Right to Health [Internet]. *Oxford Constitutions*. [cited 2025 Mar 21]. Available from: <https://oxcon.ouplaw.com/display/10.1093/law-mpeccol/law-mpeccol-e131>

57. Hagan M. A Journey through Colombia's Constitutional Court's Tutela Design Challenge [Internet]. *Legal Design and Innovation*. 2019 [cited 2025 Mar 21]. Available from: <https://medium.com/legal-design-and-innovation/a-journey-through-colombias-constitutional-court-s-tutela-design-challenge-c3f4d20d73bd>
58. Bonilla JMH. Petro redobla su apuesta por la reforma a la salud mientras anuncia recortes en el funcionamiento del Estado para contener la crisis fiscal [Internet]. *El País América Colombia*. 2025 [cited 2025 Mar 21]. Available from: <https://elpais.com/america-colombia/2025-01-15/petro-redobla-su-apuesta-por-la-reforma-a-la-salud-mientras-anuncia-recortes-en-el-funcionamiento-del-estado-para-contener-la-crisis-fiscal.html>
59. Compliance LG. Colombia to introduce a healthcare reform [Internet]. *Lockton Global Benefits*. 2024 [cited 2025 Mar 21]. Available from: <https://globalnews.lockton.com/colombia-to-introduce-a-healthcare-reform/>
60. Biblioteca de la Asamblea Legislativa Costa Rica. *Consultas resueltas: Presupuesto de la República* [Internet]. 2016. Available from: <https://www.asamblea.go.cr/sd/Documentos%20compartidos/Presupuesto%20de%20la%20Rep%C3%BAblica.pdf>
61. Correa KGHO, Paraje G, Chinitz D, Tenbenschel T, Ashton T, Cheng TM, Illescas S. Health Care Reforms across the World [Internet]. *American Affairs Journal*. 2018 [cited 2025 Sept 19]. Available from: <https://americanaffairsjournal.org/2018/02/health-care-reforms-across-world/>
62. Barredo Ibáñez D, Molina Rodríguez-Navas P, Medranda Morales NJ, Rodríguez Breijo V. Health Transparency and Communication on the Government Websites of Ibero-American Countries: The Cases of Chile, Colombia, Ecuador, and Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021 Jan;18(12):6222.
63. Gobiernos Autónomos Descentralizados de Ecuador | Observatorio Regional de Planificación para el Desarrollo [Internet]. [cited 2025 Feb 21]. Available from: <https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/instituciones/gobiernos-autonomos-descentralizados-de-ecuador>
64. *Plan de Desarrollo para el Nuevo Ecuador 2024–2025* – Secretaría Nacional de Planificación [Internet]. 2025 [cited 2025 Feb 21]. Available from: <https://www.planificacion.gob.ec/plan-de-desarrollo-para-el-nuevo-ecuador-2024-2025/>
65. General Health Law [Internet]. *P4H Network*. [cited 2025 June 16]. Available from: <https://p4h.world/en/documents/general-health-law/>
66. Browner CH, Leal Fernández G, Sánchez-Pérez HJ. The Legacy of President Lázaro Cárdenas for Health Care Reform in Today's Mexico. *Int J Soc Determinants Health Health Serv*. 2024 July;54(3):309–20.
67. Ley N.º 28411 [Internet]. [cited 2025 Mar 10]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/229463-28411>
68. Leyes [Internet]. [cited 2025 Mar 10]. Available from: https://www.mef.gob.pe/es/?option=com_docman&language=es-ES&Itemid=101657&lang=es-ES&view=list&slug=leyes-2
69. Consulta Amigable – Navegador [Internet]. [cited 2025 Aug 21]. Available from: <https://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx>

70. *Plan Nacional de Calidad en Salud: Estrategia de Implementación* [Internet]. *Argentina.gob.ar*. 2024 [cited 2025 Aug 22]. Available from: <https://www.argentina.gob.ar/salud/plan-nacional-de-calidad-en-salud-estrategia-de-implementacion>
71. *Plan Nacional de Calidad en Salud: Estrategia de Implementación* [Internet]. *Argentina.gob.ar*. 2024 [cited 2025 Aug 22]. Available from: <https://www.argentina.gob.ar/salud/plan-nacional-de-calidad-en-salud-estrategia-de-implementacion>
72. *Full text | Argentina.gob.ar* [Internet]. Available from: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-2653-2023-391160/texto>
73. *Boletín Oficial de la República Argentina – Ministerio de Salud – Resolución 2653/2023* [Internet]. [cited 2025 Aug 22]. Available from: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/295731>
74. Ministerio de Hacienda de la Nación Argentina. *Presupuesto Abierto – ¿Para qué se gasta?* [Internet]. [cited 2025 Aug 22]. Available from: <https://www.presupuestoabierto.gob.ar/sici/visualizacion-para-que-se-gasta>
75. *Plano Nacional de Saúde – PNS 2024–2027* — Ministério da Saúde [Internet]. [cited 2025 Mar 28]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento/pns/plano-nacional-de-saude-pns-2024-2027/view>
76. *Plano Plurianual* [Internet]. *Portal da Câmara dos Deputados*. [cited 2025 Mar 28]. Available from: https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/leis-orcamentarias/ppa/2024_2027/ppa2024_2027
77. Vieira FS. Health financing in Brazil and the goals of the 2030 Agenda: high risk of failure. *Rev Saude Publica*. 2020;54:127.
78. *Brazil's austerity cap stunting rights to food, health and education* [Internet]. *Center for Economic and Social Rights*. 2017 [cited 2025 Aug 22]. Available from: <https://www.cesr.org/brazils-austerity-cap-stunting-rights-food-health-and-education/>
79. Leal JGRP, Lima LD de, Bertholini F. Mapping choices: parliamentary amendments and resource allocation to the Unified Health System (SUS) in times of mandatory spending. *Rev Bras Ciênc Polít*. 2025;44:e289431.
80. Ministério da Saúde. *Plano Estratégico Institucional do Ministério da Saúde 2024–2027*. 2025.
81. Ministerio de Hacienda de Chile. *Proyecto de Ley de Presupuestos Año 2025*. 2025.
82. Espinoza MA, Cabieses B, Goic C, Andrade A. The legal path for priority setting in Chile: a critical analysis to improve health planning and stewardship. *Front Public Health*. 2024 Jan 8;11:1302640.
83. Espinoza MA, Zamorano P, Zuñiga-San Martin C, Taramasco C, Martinez F, Becerra S, et al. Improving Efficiency in Healthcare: Lessons from Successful Health Policies in Chile. *Archives of Medical Research*. 2025 Jan 1;56(1):103105.
84. *Ten-year public health plan* [Internet]. [cited 2025 Aug 22]. Available from: <https://minsalud.gov.co/English/Paginas/Ten-year-public-health-plan.aspx>
85. *Health in the 2022–2026 National Development Plan – AHC | Hospital Journal of the Health Sector* [Internet]. 2023 [cited 2025 July 3]. Available from: <https://revistahospitalaria.org/actualidad/la-salud-en-el-plan-nacional-de-desarrollo-2022-2026/>
86. Espinosa O, Rodríguez-Lesmes P, Prada S, Bolívar M, Mejía-Becerra JD, Vecino-Ortíz AI. Health insurance premium in Colombia for 2025: a strictly political-ideological decision without technical-scientific arguments? *Health Economics Review*. 2025 Apr 8;15(1):31.

87. *PNDIP 2023–2026 Main.pdf* [Internet]. [cited 2025 July 4]. Available from: <https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/PNDIP%202023-2026%20Main.pdf>
88. *RESUMEN-PND-ES.pdf* [Internet]. [cited 2025 July 4]. Available from: <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/2024/08/RESUMEN-PND-ES.pdf>
89. *The digital health agenda 2023–2027 of Ecuador | Digital Watch Observatory* [Internet]. [cited 2025 Aug 22]. Available from: <https://dig.watch/resource/the-digital-health-agenda-2023-2027-of-ecuador>
90. *National Public Investment System of Ecuador | Regional Observatory on Planning for Development* [Internet]. [cited 2025 Aug 22]. Available from: <https://observatorioplanificacion.cepal.org/en/planning-systems/national-public-investment-system-ecuador>
91. República P de la. *Gobierno de México presenta Programa 2024–2030 para la prevención y promoción de la salud* [Internet]. *gob.mx*. [cited 2025 July 4]. Available from: <http://www.gob.mx/presidencia/prensa/gobierno-de-mexico-presenta-programa-2024-2030-para-la-prevencion-y-promocion-de-la-salud>
92. *Mexico's Proposed Health Budget Cuts Threaten Access to Care* [Internet]. *Mexico Business*. 2024 [cited 2025 May 7]. Available from: <https://mexicobusiness.news/health/news/mexicos-proposed-health-budget-cuts-threaten-access-care>
93. *Health Services Cut as Mexico Misses 2025 Budget Goals* [Internet]. *Mexico Business*. 2025 [cited 2025 Aug 22]. Available from: <https://mexicobusiness.news/health/news/health-services-cut-mexico-misses-2025-budget-goals>
94. Flores AB, San Juan P. *Las claves del primer presupuesto de Sheinbaum: más dinero para vivienda, trenes y programas sociales; recortes en Sedena y Salud, y confusión con Educación* [Internet]. *El País México*. 2024 [cited 2025 Aug 22]. Available from: <https://elpais.com/mexico/2024-11-16/las-claves-del-primer-presupuesto-de-sheinbaum-mas-dinero-para-vivienda-trenes-y-programas-sociales-recortes-en-sedena-y-salud-y-confusion-con-educacion.html>
95. *PER_Peru_Política-Nacional-Multisectorial-de-Salud-al-2030_2020–2030.pdf* [Internet]. [cited 2025 July 4]. Available from: https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/public_file_rep/PER_Peru_Pol%C3%ADtica-Nacional-Multisectorial-de-Salud-al-2030_2020-2030.pdf
96. *HTA and HBP Survey 2020* [Internet]. [cited 2025 Aug 25]. Available from: <https://www.who.int/teams/health-financing-and-economics/economic-analysis/health-technology-assessment-and-benefit-package-design/survey-homepage>
97. *Regulatory and HTA Landscape in Latin America: What are the Needs, Challenges, and Opportunities?* [Internet]. *DIA Global Forum*. 2022 [cited 2025 Aug 23]. Available from: <https://globalforum.diaglobal.org/issue/july-2022/regulatory-and-hta-landscape-in-latin-america-what-are-the-needs-challenges-and-opportunities/>
98. Giedion U, Espinoza MA, Góngora-Salazar P, Mehndiratta A, Ollendorff D. *Harnessing Health Technology Assessment in Latin America and the Caribbean: Keeping the Region on Course. Health Systems & Reform*. 2023 Dec 31;9(3):2314482.
99. Lessa F, Caccavo F, Curtis S, Ouimet-Rathé S, Lemgruber A. *Strengthening and implementing health technology assessment and the decision-making process in the Region of the Americas. Rev Panam Salud Publica*. 2017 Dec 26;41:e165.

100. *Refined Practice*. Around the world in HTAs: Argentina – Long Road to Institutionalizing HTA. *OHE* [Internet]. 2025 [cited 2025 Aug 25]. Available from: <https://www.ohe.org/insights/around-the-world-in-HTAs-argentina-long-road-to-institutionalizing-HTA/>
101. Hasdeu S, Beliera A, Alvarez J, Sánchez Viamonte J. Exploring the linkage between health technology assessment and decision making during COVID-19 public health emergency in a developing country: analysis of processes and results. *Int J Technol Assess Health Care*. 2024 Nov 4;40(1):e42.
102. CONITEC – National Committee for Technology Incorporation [Internet]. *INAHTA*. [cited 2025 Aug 25]. Available from: <https://www.inahta.org/members/conitec/>
103. Simões Corrêa Galendi J, Caramori CA, Lemmen C, Müller D, Stock S. Expectations for the Development of Health Technology Assessment in Brazil. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Nov 13;18(22):11912.
104. WHO. *BRAZIL_HTA-Country_Area Profile*. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-economics/hta-country-profiles-2020-21/hta-country_area-profile_brazil.pdf
105. WHO. *Chile_HTA-Country_Area Profile*. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-economics/hta-country-profiles-2020-21/hta-country_area-profile_chile.pdf
106. WHO. *Colombia_HTA-Country_Area Profile*. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-economics/hta-country-profiles-2020-21/hta-country_area-profile_colombia.pdf
107. *IETS – Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud* [Internet]. *INAHTA*. [cited 2025 Aug 25]. Available from: <https://www.inahta.org/members/iets/>
108. WHO. *Costa Rica_HTA-Country_Area Profile*. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-economics/hta-country-profiles-2020-21/hta-country_area-profile_costa-rica.pdf
109. WHO. *Ecuador_HTA-Country_Area Profile*. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-economics/hta-country-profiles-2020-21/hta-country_area-profile_ecuador.pdf
110. Yajamín-Villamarín R. The Importance of a Methodological Manual for Economic Evaluations in Healthcare Decision-Making in Ecuador. *PharmacoEconomics Open* [Internet]. 2025 June 1 [cited 2025 Aug 25]; Available from: <https://doi.org/10.1007/s41669-025-00585-z>
111. WHO. *Mexico_HTA-Country_Area Profile*. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-economics/hta-country-profiles-2020-21/hta-country_area-profile_mexico.pdf
112. WHO. *Peru_HTA-Country_Area Profile*. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-economics/hta-country-profiles-2020-21/hta-country_area-profile_peru.pdf
113. *Aligning public financial management and health financing: a process guide for identifying issues and fostering dialogue* [Internet]. [cited 2025 Aug 23]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513074>
114. *Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report* [Internet]. [cited 2025 Aug 23]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029040>
115. de Deus Costa RM, da Silva Barbosa R, Zucchi P. Expenditures in the health care system in Brazil: the participation of states and the Federal District in financing the health care system from 2002 to 2013. *Clinics (Sao Paulo)*. 2015 Apr;70(4):237–41.
116. *Institutionalising Health Accounts in Brazil: A new approach to institutionalise health accounts production in Brazil* [Internet]. *OECD*. 2025 [cited 2025 June 16]. Available from:

https://www.oecd.org/en/publications/institutionalising-health-accounts-in-brazil_b6d405f9-en/full-report/a-new-approach-to-institutionalise-health-accounts-production-in-brazil_a4761c7e.html

117. *Argentina's Plan Nacer* [Internet]. [cited 2025 Apr 30]. Available from: <http://millionssaved.cgdev.org/case-studies/argentinas-plan-nacer>
118. *A healthcare revolution in Argentina* [Internet]. [cited 2025 Apr 30]. Available from: <https://www.worldbank.org/en/news/immersive-story/2024/12/11/salud-de-calidad-en-argentina-plan-nacer>
119. *Brazil's Programa Saúde da Família* [Internet]. [cited 2025 June 16]. Available from: <http://millionssaved.cgdev.org/case-studies/brazils-programa-saude-da-familia>
120. *Case study: Health budget programs in Brazil – IBP 2018* [Internet]. [cited 2025 June 16]. Available from: <https://internationalbudget.org/wp-content/uploads/case-study-health-budget-programs-in-brazil-ibp-2018.pdf>
121. *Effects of the 2019 Mexican health system reform on the Decision-Making Space of federal entities for breast cancer care.*
122. *Proyectos de desarrollo: Chile: Program for Universal Primary Healthcare Coverage and Resilience – P179785* [Internet]. World Bank. [cited 2025 June 16]. Available from: <https://projects.bancomundial.org/es/projects-operations/project-detail/P179785>
123. Savedoff WD, Góngora P, Giedion Ú, Distrutti M. *Smart Spending for Health: How to Make Each Dollar Count.* IDB Publications [Internet]. 2023 Aug 31 [cited 2025 Mar 24]; Available from: <https://publications.iadb.org/en/smart-spending-health-how-make-each-dollar-count>
124. *Using a Small Lever to Achieve Big Outcomes in a Devolved Health System: 20 Years of Programa Sumar in Argentina* [Internet]. [cited 2025 Apr 30]. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2024.2422105>
125. *Argentina: Purchasing & Payment Systems | PHCPI* [Internet]. [cited 2025 Apr 30]. Available from: <https://www.improvingphc.org/argentina-purchasing-payment-systems>
126. *Budget | Argentina.gob.ar* [Internet]. [cited 2025 Aug 21]. Available from: <https://www.argentina.gob.ar/salud/transparencia/presupuesto>
127. *MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO. ORÇAMENTOS DA UNIÃO. PROJETO DE LEI ORÇAMENTÁRIA. EXERCÍCIO FINANCEIRO 2025* [Internet]. 2025. Available from: https://www.gov.br/planejamento/pt-br/assuntos/orcamento/orcamentos-anuais/2025/ploa/volume4tomo1_momento5000_sioproducao_202408292000.pdf
128. *Claves Presupuesto Salud 2024* [Internet]. [cited 2025 Aug 21]. Available from: <https://politicaspUBLICAS.uss.cl/wp-content/uploads/2023/10/Claves-Presupuesto-Salud-2024.pdf>
129. *ADRES implemented \$82.2 billion to guarantee health in 2023* [Internet]. [cited 2025 Aug 21]. Available from: [https://www.adres.gov.co/sala-de-prensa/noticias/Paginas/ADRES-ejecut%C3%B3-\\$82-2-billones-para-garantizar-la-salud-en-2023.aspx](https://www.adres.gov.co/sala-de-prensa/noticias/Paginas/ADRES-ejecut%C3%B3-$82-2-billones-para-garantizar-la-salud-en-2023.aspx)
130. *ADRES implemented \$95 billion to guarantee health in Colombia in 2024* [Internet]. [cited 2025 Aug 21]. Available from: <https://www.adres.gov.co/sala-de-prensa/noticias/Paginas/ADRES-ejecuto-95-billones-para-garantizar-la-salud-en-Colombia-en-2024.aspx>
131. Melo-Becerra LA, Arango LE, Ávila-Montealegre O, Ayala-García J, Bonilla-Mejía L, Botero-García JA, et al. *Aspectos financieros y fiscales del sistema de salud en Colombia.* 2023 Sept 27 [cited 2025 Aug 21]; Available from: <https://repositorio.banrep.gov.co/handle/20.500.12134/10699>

132. *Ministerio de Hacienda Costa Rica. 211-MINSA* [Internet]. 2025. Available from: <https://www.hacienda.go.cr/docs/211-MINSA.pdf>
133. Cantú R. *Análisis de presupuesto en salud rumbo a 2030*. CIEP [Internet]. [cited 2025 Aug 21]. Available from: <https://ciep.mx/wp-content/uploads/2024/04/Analisis-de-presupuesto-en-salud-rumbo-a-2030.pdf>; <https://ciep.mx/gasto-para-salud-en-2025-recortes-en-hospitales-y-para-poblacion-sin-seguridad-social/>
134. *Programmatic Structure of Budget Programs* [Internet]. [cited 2025 Aug 21]. Available from: https://www.mef.gob.pe/es/?option=com_content&language=es-ES&Itemid=101530&view=article&catid=211&id=2768&lang=es-ES
135. *Costa Rica | Institute for Health Metrics and Evaluation* [Internet]. [cited 2025 June 16]. Available from: <https://www.healthdata.org/research-analysis/health-by-location/profiles/costa-rica>
136. *Orçamento da saúde: com R\$246 bilhões, financiamento do SUS cresce 6,2%* [Internet]. *Futuro da Saúde*. 2025 [cited 2025 Aug 21]. Available from: <https://futuodasaude.com.br/orcamento-da-saude/>
137. Pesec M, VanderZanden A, Ratcliffe H. *Integrated People-Centred Health Services Case Study: Comprehensive Primary Health Care Reform in Costa Rica*.
138. Cuccia L, Chadwick J, Kim A, Sivarajan R, Wong V. *Costa Rica's Health Care Reform: Impact and Success of the EBAIS Model*.
139. Spigel L, Pesec M, Villegas del Carpio O, Ratcliffe HL, Jiménez Brizuela JA, Madriz Montero A, et al. *Implementing sustainable primary healthcare reforms: strategies from Costa Rica*. *BMJ Glob Health*. 2020 Aug 24;5(8):e002674.
140. Vega LDG. *Government, Primary Healthcare, and Standard of Living: Evidence from Costa Rica*.
141. Ochoa P. *Crece la presión financiera sobre el sector salud: cartera de la industria farmacéutica llegó a \$4,3 billones en el primer trimestre* [Internet]. *Afidro*. 2025 [cited 2025 Sept 19]. Available from: <https://afidro.org/2025/08/20/crece-la-presion-financiera-sobre-el-sector-salud-cartera-de-la-industria-farmaceutica-llega-a-43-billones/>
142. *Homepage | Public Expenditure and Financial Accountability (PEFA)* [Internet]. [cited 2025 June 30]. Available from: <https://www.pefa.org/>
143. *PEFA 2022 Stocktaking – D03.pdf* [Internet]. [cited 2025 July 1]. Available from: <https://www.pefa.org/sites/pefa/files/PEFA%202022%20Stocktaking%20-%20D03.pdf>
144. *AR-Dec19-PFMPR-Public with PEFA Check_ENG.pdf* [Internet]. [cited 2025 Apr 30]. Available from: https://www.pefa.org/themes/pefa/pdfs/web/viewer.html?file=/sites/default/files/2020-02/AR-Dec19-PFMPR-Public%20with%20PEFA%20Check_ENG.pdf
145. *Colombia 2024 | Public Expenditure and Financial Accountability (PEFA)* [Internet]. [cited 2025 Mar 21]. Available from: <https://www.pefa.org/node/5276>
146. *PEFA Report: Case Studies* [Internet]. [cited 2025 June 30]. Available from: <https://www.pefa.org/global-report-2022/en/report/case-studies/#colombia>
147. *Costa Rica | Public Expenditure and Financial Accountability (PEFA)* [Internet]. [cited 2025 June 30]. Available from: <https://www.pefa.org/country/costa-rica>
148. *Assessments | Public Expenditure and Financial Accountability (PEFA)* [Internet]. [cited 2025 July 1]. Available from: https://www.pefa.org/assessments/list?field_region_target_id=All&field_country_target_id=178&fiel

[d assessment framework target id=301&field assessment status target id=All&field assessment type target id=All&field assessment availability target id=All&field lead agencies target id=All&field other agencies target id=All&field pefa check target id=All&field language target id=All](#)

149. *Open Budget Survey* [Internet]. *International Budget Partnership*. [cited 2025 Aug 23]. Available from: <https://internationalbudget.org/open-budget-survey/>