

Borges, Fabiano Tonaco; Fernández, Luís Andres López; Campos, Gastão Wagner de Sousa
Políticas de austeridade fiscal: tentativa de desmantelamento do
Sistema Nacional de Salud da Espanha e resistência cidadã
Saúde e Sociedade, vol. 27, núm. 3, 2018, Julho-Setembro, pp. 715-728
Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública.

DOI: 10.1590/S0104-12902018180043

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406264029007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

Políticas de austeridade fiscal: tentativa de desmantelamento do Sistema Nacional de Salud da Espanha e resistência cidadã¹

Austerity measures on fiscal policy: an attempt to dismantle the Spanish National Health System and citizen resistance

Fabiano Tonaco Borges^a

^aUniversidade Federal Fluminense. Departamento de Planejamento em Saúde. Niterói, RJ, Brasil.
E-mail: fabianotonaco@id.uff.br

Luís Andres López Fernández^b

^bEscuela Andaluza de Salud Pública. Granada, Andaluzia, Espanha.
E-mail: luisandres.lopez.easp@juntadeandalucia.es

Gastão Wagner de Sousa Campos^c

^cUniversidade Estadual de Campinas. Departamento de Saúde Coletiva. Campinas, SP, Brasil.
E-mail: gastaowagner@mpc.com.br

Resumo

Este ensaio de natureza teórica analisa os ajustes fiscais colocados em marcha na Espanha como resposta à crise financeira de 2008, suas implicações para o Sistema Nacional de Salud (SNS) e a consequente resistência cidadã. Elaboramos um estudo de caso tendo como fonte primária a narrativa de um ator social que participou da reforma espanhola. Utilizamos também fontes secundárias para coleta de dados socioeconômicos e a análise de 20 artigos publicados pelo Relatório Sespas 2014. O SNS formou-se por aumento progressivo da cobertura populacional, financiamento total por impostos e organização da rede por meio da Atenção Primária em Saúde (APS). As medidas de austeridade fiscal impuseram limitações de ordem orçamentária, reduziram a provisão de serviços, introduziram copagamentos e retrocederam o direito à saúde à meritocracia. A corrente crítica da economia política sinaliza que o propósito dos ajustes econômicos é a transferência regressiva de renda e riqueza. As *Mareas Ciudadanas* constituíram-se numa resposta cidadã com êxito em muitas lutas sociais contra a austeridade fiscal. A alternativa de resistência e superação pela via política se fez presente com vigor na Espanha e tem resistido ao desmantelamento do SNS.

Palavras-chave: Seguridade Social; Sistemas de Saúde; Políticas Públicas; Economia da Saúde; Espanha.

Correspondência

Fabiano Tonaco Borges

Av. Marquês do Paraná, 303, 3º andar. Niterói, RJ, Brasil.
CEP 240033-900.

¹ Estudo de pós-doutorado em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

Abstract

This theoretical essay analyzes the fiscal measures adopted in Spain as a response to the economic crisis of 2008, its implications to the Spanish National Health System (SNS) and the social response. We performed a case study having as primary source of information the narrative of a social actor who participated in the Spanish reform. We also used secondary sources to gather socioeconomic data and performed a literature review of 20 articles published in the 2014 Sespas Report. SNS was implemented by a progressive growth of healthcare coverage, complete funding by taxes and Primary Health Care-based organization. Austerity measures imposed cuts on the health care budget, reduced the roll of services delivered, introduced co-payments, and moved the universal coverage back to meritocracy. Critical political economy pointed out that the purpose of the measures on fiscal policy is to regressively redistribute income and wealth. The *Mareas Ciudadanas* constituted themselves as a citizen response with success in many social struggles against austerity. The alternative of resistance and overcoming through a political path is strongly present in Spain and is resisting the dismantling of SNS.

Keywords: Social Welfare; Health Systems; Public Policies; Health Economics; Spain.

Introdução

As sequelas da crise financeira mundial de 2008 manifestaram-se com especial dureza nos países do sul da Europa. Na Espanha, produziu-se uma grave crise econômica, em grande medida efeito de uma bolha imobiliária. O governo respondeu com políticas públicas que visavam diminuir o déficit das contas públicas, colocando outros possíveis objetivos - como o crescimento econômico ou as políticas de proteção social - em segundo plano. Paradoxalmente, as políticas de combate à crise produziram mais desemprego e crescimento negativo e um aumento expressivo da dívida pública (Benedicto, 2014).

Dentre as opções para reduzir o déficit, ambos os governos - conservador e socialista - optaram por cortes nos orçamentos públicos, combinados com o aumento de impostos sobre o consumo (na Europa, o imposto sobre o valor acrescentado) e, em menor medida, sobre a renda. Desta maneira, os cortes dos serviços públicos converteram-se nos grandes protagonistas das respostas políticas à crise na Espanha, especialmente nos serviços públicos de saúde, onde manifestaram-se com grande virulência.

A despeito da piora em praticamente todos os determinantes depois de 2008, o Estado de bem-estar social² construído na Espanha tem sido muito resiliente, desempenhando um imprescindível papel na manutenção da coesão social. O país tem um Estado descentralizado, com três níveis de governo: central, regional e local. Monárquico, o Estado espanhol notabiliza-se pelo alto grau de autonomia política e financeira de suas 17 comunidades autônomas (nível regional de governo). Na Constituição de 1978, o direito à saúde é assegurado a todos os espanhóis por meio da criação de um sistema público universal, com marco organizativo em nível regional, intitulado Sistema

² Nos referimos ao Estado de bem-estar social ancorados no conceito keynesiano de intervenção capitalista na área social. É nesta ideia que os sistemas europeus de saúde beveridgeanos se apoiam. Concordamos com Mendes et al. (2017), a partir da leitura de Boschetti (2016), que diferenciou o Estado de bem-estar social do Estado social, de episteme Marxista, pelo qual se busca "captar a regulação econômico-social por meio de políticas sociais, atribuindo ao Estado capitalista determinações objetivas, explicitando que a incorporação dessas políticas não extraí dele a característica essencialmente capitalista".

Nacional de Salud (SNS) (García Armesto et al., 2011; Lopez; López Fernández; Mendoza García, 2014).

No Brasil, embora o Sistema Único de Saúde (SUS) tenha se baseado na tradição dos sistemas públicos universais, predominam as contradições de um modelo privatista estadunidense (Campos, 2007), e em um quadro econômico e social distinto do europeu no momento de universalização da saúde (Mendes et al., 2017). Já a Espanha logrou a transição do modelo bismarckiano para o modelo beveridgeano, tanto pela universalização do acesso quanto pela descentralização político-administrativa, que poderíamos adotar como coordenada e integrada.

Neste artigo, buscamos contribuir com a análise da situação dos sistemas públicos universais em tempos de hegemonia do pensamento neoliberal e contrarreformas de políticas sociais (Mendes et al., 2017; Santos, 2000; Siqueira; Castro; Araújo, 2003; Paim, 2013). Trata-se de um ensaio de natureza teórica, uma narrativa analítica de eventos relacionados a políticas econômicas postas em marcha desde 2008, repercutindo no SNS com cortes orçamentários; sem esquecer, em nossa análise, da resposta social às medidas implementadas pelo governo espanhol desde 2011.

Analisamos 20 artigos publicados no *Relatório Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria* (Sespas) 2014, tratando especificamente sobre os efeitos da crise na saúde e no SNS. Utilizamos duas categorias para a sistematização das informações que serão apresentadas no Quadro 1: (1) uma horizontal, sobre medidas produzidas pela crise e (2) três verticais, sobre consequências políticas em determinantes sociais e na saúde.

O que nos motivou a elaborar este ensaio foi a promulgação do Real Decreto-Lei nº 16, de 20 de abril de 2012, que impôs condições de elegibilidade para o acesso à saúde pelo SNS, atingindo principalmente imigrantes e adultos jovens que não estão no sistema de seguro social. A concepção de saúde como direito de cidadania foi reduzida à questão da meritocracia (López Fernández et al., 2012), mostrando que, de fato, conquistas podem retroceder.

O Estado de bem-estar social no caminho do sistema financeiro

Por que desmantelar o SNS?

Para esta análise, revisitaremos Marshall (1967) e suas observações sobre o Estado de bem-estar social inglês, consolidado na década de 1940. Para ele, esse sistema social só tem condições de se estabelecer quando

um mecanismo excepcionalmente bem integrado é combinado com um consenso excepcionalmente forte no que toca aos pontos-chave, num contexto histórico que favoreça o desenvolvimento da autoconsciência coletiva ou - para empregar o termo que, repetidas vezes, aparece na história francesa - solidariedade. (Marshall, 1967, p. 187)

Na Inglaterra, o National Health System (NHS) produziu na sociedade o sentido do bem-estar social por estar a serviço de todos, na maioria dos casos gratuitamente e financiado quase inteiramente por impostos, como algo que a comunidade como um todo oferece a si mesma, tal como no princípio da cobertura universal de Beveridge, que se seguiu à fragmentação da Lei dos Pobres de 1929, encarnando a antítese do assistencialismo (Marshall, 1967).

Entretanto, durante os anos 1980, na Inglaterra, a resposta neoliberal foi duríssima. A reforma conservadora de Margaret Thatcher não conseguiu desmantelar o NHS, embora tenha aberto o terreno para a privatização de sua estrutura, empreendida anos depois pelo governo trabalhista de Tony Blair (Leys; Player, 2011). Já na península Ibérica, reformas neoliberais empreendidas nos anos 1990 seguem a mesma trilha, com variação entre as comunidades autônomas conforme seu caráter mais ou menos conservador.

Desde então, o capitalismo neoliberal vem se interpondo à conquista e à manutenção da democracia e da cidadania. Harvey (2013a) chama de “acumulação por espoliação” as categorias de acumulação denominadas por Marx, no período de ascensão do capitalismo, de “primitivas” ou “originais”. Essas categorias incluem a privatização

da terra, a conversão de bens coletivos em propriedade exclusiva, processos neocoloniais e imperiais de apropriação privada de ativos e o uso do sistema de crédito como meio radical de acumulação por espoliação (Harvey, 2013a).

Harvey (2013b) associa a esses mecanismos a redução ou eliminação de várias formas de direito comum, como benefícios de segurança social, férias remuneradas e acesso à educação e à saúde. Segundo o autor, a acumulação por espoliação caracteriza-se pela **privatização e mercadificação** (p. ex.: todo tipo de utilidade pública e benefícios sociais); pela **financialização** (p. ex.: a promoção do endividamento, que reduziu populações inteiras, mesmo em países capitalistas avançados, à escravidão creditícia); e pela **administração e manipulação de crises** (p. ex.: crises orquestradas, administradas e controladas para racionalizar o sistema e redistribuir ativos). Estima-se que, desde 1980, mais de 4,6 trilhões foram remetidos dos países pobres aos ricos. Hodiernamente, as **redistribuições regressivas se dão via Estado**, por meio de esquemas de privatização e cortes de gastos públicos combinados com políticas tributárias regressivas, que transferem renda dos pobres aos ricos.

Assim, a violência que o Estado neoliberal impõe aos povos está na **transferência regressiva de renda e riqueza**, ou seja, na acumulação por espoliação. Nesse tipo de Estado, recursos são transferidos da base para o topo da pirâmide por meio de códigos tributários que incluem a priorização dos retornos de investimento em detrimento da renda e do salário, a tributação do consumo, as taxas de uso de recursos naturais e os subsídios e isenções fiscais às pessoas jurídicas.

Não obstante a violência tributária neoliberal, a passagem de direitos de propriedade comum - obtidos ao longo de duras lutas de classes - para o domínio privado tem sido uma das mais importantes políticas de espoliação (Harvey, 2013a). O desmantelamento do Estado de bem-estar social é levado a cabo pelo capitalismo neoliberal justamente por sua antítese à distribuição regressiva de renda. Piketty (2014) afirma que:

A redistribuição moderna e, em especial, o Estado social, estabelecidos nos países ricos ao longo

do século XX, foram construídos em torno de um conjunto de direitos sociais fundamentais: o direito à educação, à saúde e à aposentadoria. Quaisquer que sejam as limitações e os desafios que esses sistemas de arrecadação e de despesas enfrentem hoje, eles representam um imenso progresso histórico [...] um grande consenso foi formado em torno de tais sistemas sociais, sobretudo na Europa, onde domina um apego muito forte ao que é percebido como um “modelo social europeu”. (Piketty, 2014, p. 468)

Os ajustes estruturais: a austeridade da América Latina à Espanha

Em português, a palavra “austeridade” é sinônimo de temperança, comedimento, modéstia, parcimônia, sobriedade (Azevedo, 2010). O termo tornou-se um axioma em economia, não dando margens a formulações que não se enquadrem em um receituário ortodoxo de economia política. Para Benedicto (2014), a palavra “austeridade” foi expropriada de seu sentido original, que, para o autor, significa prescindir do supérfluo. Para compreender esse processo de significação, revisitemos brevemente as condições de produção do discurso da austeridade fiscal.

Com as políticas adotadas pelos Estados Unidos após a reforma ultraconservadora do presidente Ronald Reagan (1981-1989) - conduzidas pelo secretário do tesouro americano James Backer - no trato das dívidas dos países do terceiro mundo, ficou claro que as propostas de controle do déficit público eram uma

legitimação e uma forma de impulsionar a recessão produtiva, o maior desemprego e uma redistribuição regressiva de renda como maneira de permitir - sem uma inflação exacerbada - o pagamento dos serviços básicos da dívida externa e a redução dos espaços e das funções designadas ao Estado em benefício da acumulação oligopólica privada e, em especial, transnacional. (Lichtensztejn; Baer, 1986, p. 10)

A austeridade dos gastos públicos direciona-se seletivamente aos gastos sociais e, por certo, não

ao serviço da dívida, seja ela lícita ou fraudulenta. Nesse cenário, o axioma austeridade é mobilizado eufemisticamente pela corrente ortodoxa da economia, com foco seletivo na política fiscal.

Os fundamentos teóricos do Fundo Monetário Internacional (FMI), baluarte da austeridade, fundam-se na luta contra a inflação e o déficit da balança de pagamentos. Os instrumentos utilizados na América Latina desde os anos 1970/1980 para os “ajustes estruturais” estabelecem tetos para a expansão de crédito, principalmente para o setor público, e o aumento da taxa de juros para limitar a demanda privada (Lichtensztein; Baer, 1986).

Dessa feita, a austeridade concentra-se na política monetária para o controle inflacionário, em um enfoque conhecido como “monetarista”. No entanto, as medidas são quase que exclusivamente de corte de gastos públicos de um lado e aumento regressivo de tributos de outro, por não se admitir, na visão ortodoxa, que o capital seja taxado - o que impediria, segundo os liberais, o progresso e a geração do emprego. Trata-se da controvertida ideologia neoliberal que afirma que a maré da prosperidade eleva todos os barcos, tanto dos ricos quanto dos pobres.

Os países da península Ibérica, a Itália e a Grécia foram submetidos a essas políticas econômicas impostas na América Latina (alta de juros, sobrevalorização do câmbio e financiamento com poupança externa e capital de curto prazo) de modo a garantir a administração do comércio internacional. Como exemplo: a Espanha gasta cinco vezes mais com os serviços da dívida (5% do produto interno bruto - PIB) do que com educação (1% do PIB) (Piketty, 2015).

A recessão no país começou em 2008 após um ciclo de crescimento nos postos de trabalho de 2000 a 2007, devido principalmente ao aumento da população economicamente ativa gerado pelo influxo migratório e a maior participação da mulher no mercado de trabalho. Os primeiros impactos se deram nos estratos de menor salário (ex.: trabalhadores da construção civil), e em seguida nos estratos de maior salário. Esse processo foi acompanhado por um aparente aumento da produtividade após o ciclo de demissões e diminuição da renda. O custo médio do trabalho

diminuiu 6,7% em relação a 2000 (Lopez; López Fernández; Mendoza Garcia, 2014).

O desenvolvimento da presente crise, que ainda não chegou ao fim, pode colocar em risco o Estado de bem-estar social, determinado tanto pelo volume quanto pela qualidade do emprego, que determinam as contribuições sociais que financiam os serviços públicos. Agravam ainda a situação as isenções regressivas ao capital financeiro, imputando maior peso às camadas populares. A crise econômica tem afetado profundamente a Espanha, especialmente no que diz respeito à destruição do emprego e ao aumento das iniquidades socioeconômicas (Lopez; López Fernández; Mendoza Garcia, 2014).

Os efeitos da crise nos sistemas de saúde são produzidos em um processo duplo e em vários estágios. Por um lado, ela aumenta o desemprego e a pobreza, afetando a saúde da população e, por conseguinte, impactando o sistema de saúde. Por outro, os efeitos da crise dependem de respostas políticas dos governos em atender (ou desatender) a população em suas necessidades de saúde. Mas, em ambos os casos, a crise afeta os orçamentos públicos, trazendo prejuízos para os serviços a que a população tem direito (Lopez; López Fernández; Mendoza Garcia, 2014).

SNS: consenso democrático e tentativa de desconstrução neoliberal

Nos parágrafos a seguir descrevemos a construção do SNS com uma narrativa dos autores sobre a reforma da saúde na Espanha desde o fim da ditadura franquista; em seguida, analisamos criticamente a tentativa de desmantelamento do SNS; por fim, discutimos a dinâmica de forças entre o mercado e a cidadania em relação ao SNS. Para argumentar sobre a (des)construção do sistema de saúde espanhol pelas políticas de austeridade fiscal, nos fundamentamos na leitura crítica do Relatório Sespas 2014. Tais políticas de austeridades foram sintetizadas pelo Quadro 1, na coluna “Políticas produzidas pelo ajuste fiscal”, e seus efeitos foram resumidos na coluna “Consequências”. A segunda coluna foi categorizada em três eixos: (1) político-institucional; (2) determinantes sociais; (3) saúde.

Quadro 1 – Resumo das principais repercussões da crise na Espanha levantadas pelo Relatório Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria 2014

Categoria	Políticas produzidas pelo ajuste fiscal	Consequências
Político/ Institucional	<ul style="list-style-type: none"> – Cortes no orçamento público. – Deterioração das finanças públicas. – Compromisso fiscal do governo espanhol com a Comissão Europeia de reduzir o gasto em saúde em mais de sete bilhões de euros entre 2012 e 2015. – Reformas do mercado de trabalho. – Redução dos gastos ativos/passivos em políticas de combate ao desemprego. – Diminuição da atividade industrial. – Aumento do desemprego. – Políticas restritivas ao acesso ao benefício previdenciário. – Propostas de alterações na lei que legaliza o aborto na Espanha. – Redução de novas aposentadorias. – Diminuição do gasto com cuidadores. – Privatização de instituições sociais. – Cortes no gasto em saúde (programas de prevenção e atenção primária). – Aumento da pobreza. – Redução em 15% do percentual do PIB investido em educação no período de 2013 a 2016. – Barreiras no acesso à saúde. 	"Captura" política e cultural da formulação de políticas públicas; perda da autonomia das instituições de regulação pública; queda de 6% do PIB (2008-2012); aumento em mais de 200% da dívida pública após 2008; queda do orçamento público para política de habitação; introdução de elementos privatizadores no SNS; a colocação da privatização dos serviços do SNS como pedra para a sustentabilidade do sistema de saúde não tem subsídios empíricos na literatura nacional e internacional, desviando a atenção para reformas necessárias e recorrentemente postergadas; não há estudos sistematizados na Espanha sobre modelos de gestão e independentes que apontem resultados sobre eficiência e eficácia; diminuição da atividade industrial; transformação do direito à saúde baseado na cidadania para um direito fundado nas cotizações do seguro social; as políticas introduzidas de cortes orçamentários e privatizações respondem a critérios ideológicos, sem concreta evidência científica.
Determinantes sociais		Pior nível de desemprego registrado na União Europeia 15; precarização do trabalho; aumento da participação da mulher no mercado de trabalho; aumento em três pontos percentuais do número de jovens com menos de 16 em risco de pobreza após a crise; aumento da diferença salarial entre um espanhol e um imigrante de 25,5% para 31,4% em desfavor dos últimos; aumento dos despejos de cidadãos que não conseguiram pagar financiamento e/ou aluguel; redução de lares públicos (privatização) e subsídios para o aluguel social; diminuição mais acentuada dos níveis de dióxido de nitrogênio (NO_2) e partículas em suspensão na atmosfera; mudanças nos padrões de vida que podem ser benéficas à saúde; crescimento da vulnerabilidade social verificado por maior número de pessoas atendidas em programas oficiais e não oficiais; queda no volume de consumo médio de alimentos por família desde 2009; aumento do consumo de legumes, bem como de alimentos doces processados; diminuição da renda média das famílias; a desigualdade medida pelo índice de Gini passou de 0,31 em 2006 para 0,35 em 2012; piora dos determinantes sociais da saúde; privação de cerca de 873.000 de pessoas residentes na Espanha em conseguir acesso aos cuidados de saúde.

continua...

Quadro I – Continuação

Categoria	Políticas produzidas pelo ajuste fiscal	Consequências
Saúde	<ul style="list-style-type: none"> – Cortes no orçamento público. – Deterioração das finanças públicas. – Compromisso fiscal do governo espanhol com a Comissão Europeia de reduzir o gasto em saúde em mais de sete bilhões de euros entre 2012 e 2015. – Reformas do mercado de trabalho. – Redução dos gastos ativos/passivos em políticas de combate ao desemprego. – Diminuição da atividade industrial. – Aumento do desemprego. – Políticas restritivas ao acesso ao benefício previdenciário. – Propostas de alterações na lei que legaliza o aborto na Espanha. – Redução de novas aposentadorias. – Diminuição do gasto com cuidadores. – Privatização de instituições sociais. – Cortes no gasto em saúde (programas de prevenção e atenção primária). – Aumento da pobreza. – Redução em 15% do percentual do PIB investido em educação no período de 2013 a 2016. – Barreiras no acesso à saúde. 	<p>Diminuição da taxa de mortalidade geral, porém num ritmo de decréscimo menor do antes da crise; retrocessos em avanços conseguidos concernentes aos direitos reprodutivos; barreira de acesso às mulheres imigrantes indocumentadas aos serviços de saúde; aumento nos casos de sífilis e gonorreia, enquanto diminuem as novas infecções pelo vírus da imunodeficiência humana adquirida (HIV); queda nas taxas de fecundidade; discreto aumento nos casos de aborto; aumento do gasto por desembolso direto em saúde pelos idosos; desaceleração da diminuição da taxa de mortalidade entre idosos; crescimento da mortalidade entre idosos durante o inverno; não se observaram mudanças significativas na incidência de patologias infecciosas por causa da crise financeira; crescimento da letalidade intra-hospitalar por morbidades infecciosas; as infecções respiratórias das vias aéreas altas e a gripe tiveram uma elevação no grupo entre 30 e 55 anos de idade; não atribuíram-se à crise variações na incidência dos agravos e na cobertura vacinal; os transtornos de ansiedade, a depressão, a crise de angústia e o consumo de álcool (dependência e abuso) aumentaram significativamente durante a crise (2006-2010); até 2011, não houve variação nos casos de suicídio; cresceu em 10% o consumo de antidepressivos e sedativos; evidências empíricas mostram que a experiência de pobreza na infância tem repercussões na saúde e no nível socioeconômico na idade adulta que dificilmente podem ser compensadas; perda do direito à atenção à saúde pela população imigrante indocumentada; redução do gasto (2009-2011) do SNS em farmacêuticos (42,5%), capital (38,7%), atenção primária (5,7%) e vigilância em saúde (35,2%); aumentou-se notadamente a lista de espera para atenção do SNS; introdução de copagamentos para fármacos; desfinanciamento de um conjunto de 400 medicamentos para agravos de menor gravidade; o copagamento produziu uma queda enorme na dispensação de receitas pelas farmácias; aumento do tempo de espera para intervenções cirúrgicas; acréscimo de pessoas com seguro privado de saúde; introdução de uma lista de serviços não cobertos pelo SNS; a lista de espera para cirurgias eletivas cresceu 43%, com um aumento de 21% nos dias de espera (2009-2012); diminuição do consumo contínuo de álcool, com exceção do consumo intensivo, e de drogas ilícitas; pequeno aumento de sobre peso/obesidade; incremento de 2% no índice da população que não faz nenhum exercício.</p>

Fonte: Antentas e Vivas, 2014; Ballester et al., 2014; Benedicto, 2014; Benmarhnia et al., 2014; Bernal-Delgado, Campillo-Artero e García-Armesto, 2014; Escribà-Agüir e Fons-Martínez, 2014; Flores, García-Gómez e Zunzunegui, 2014; García-Altés e Vicente Ortún, 2014; García Armesto et al., 2011; Gili, Campayo e Roca, 2014; Hernández Aguado e Lumbreiras Lacarra, 2014; Larrañaga, Martín e Bacigalupe, 2014; Llácer, Fernández-Cuenca e Martínez-Navarro, 2014; Márquez-Calderón et al., 2014; Novo et al., 2014; Pérez et al., 2014; Rivadeneyra-Sicilia et al., 2014; Ruiz-Ramos et al., 2014; Sánchez-Martínez; Abellán-Perpiñána e Oliva-Moreno, 2014; Urbanos Garrido e Puig-Junoy, 2014; Vázquez, Vargas e Aller, 2014

O aumento progressivo da cobertura populacional

Houve na Espanha a incorporação paulatina da população à seguridade social e a agregação pela

administração pública geral. A cobertura dos serviços de saúde se estendia à totalidade dos espanhóis, teoricamente. Na realidade, havia um serviço para pobres que dependia do Estado e dos municípios e

uma cobertura de assistência à saúde pelo seguro social para os trabalhadores assalariados e suas famílias. A escassa classe média fazia uso de um pequeno sistema privado, fundamentalmente com seus médicos de confiança e alguns especialistas, além de uma rede rudimentar de saúde privada. Nas grandes capitais, o sistema privado estava melhor estruturado; na zona rural, os pobres se asseguravam por seus próprios meios, mediante um “convênio” com os médicos de assistência pública domiciliar, os médicos do Estado.

Alguns serviços para problemas específicos - como saúde mental e tuberculose - tinham infraestrutura e recursos humanos. Também havia cobertura de alguns problemas e populações por parte das cidades e das *diputaciones* - conselhos das províncias que compõem uma comunidade autônoma, sendo formados por uma eleição entre os representantes do Legislativo municipal de cada cidade da província. As *diputaciones* possuem responsabilidades específicas (i.e. meio ambiente, atividade rural), constituindo-se numa herança de organização política espanhola do século XIX que permaneceu após a Constituição de 1978 - os hospitais clínicos, militares e outros.

A partir de 1960, houve um aumento rápido e progressivo na cobertura da seguridade social, devido à ampliação sucessiva de trabalhadores beneficiários e ao crescimento do trabalho assalariado na Espanha. Quando da morte do ditador Franco, a seguridade social cobria 80% da população espanhola. Nos anos 1990, praticamente 100% da população já era protegida pelo conjunto do SNS.

Fusão progressiva das redes de provisão de serviços públicos

As diferentes redes de serviço público foram se fusionando, em boa medida por conta da Lei Geral de Saúde nº 14/1986 (España, 1986). Inicialmente, foi criado o Instituto Nacional de la Salud (Insalud), que agrupava os recursos da seguridade social dedicados à saúde. Posteriormente, desenvolveu-se durante 20 anos (1982-2002) o processo de transferências às comunidades autônomas. Nesse processo, os recursos do Insalud correspondentes a cada uma das comunidades autônomas foram transferidos

para as gestões regionais. Foram criados 17 Servicios Regionales de Salud, um por comunidade. Em cada comunidade autônoma os recursos do Insalud transferidos foram agrupados com outros recursos públicos - que já estavam nas comunidades - procedentes da Administración Institucional de la Sanidad Nacional (Aisna) e de outros serviços públicos das cidades (*diputaciones*), em um processo legal bastante complexo.

Atualmente, o SNS é formado por Servicios Regionales de Salud com diferentes denominações, que procedem de redes dispersas nas administrações públicas anteriores. O SNS é proprietário de uma importante rede de recursos próprios, com edifícios e tecnologia. Os profissionais, incluindo os médicos, são trabalhadores públicos.

Descentralização política da gestão até as comunidades autônomas, de 1982 a 2002

A maior parte das responsabilidades políticas relacionadas à saúde estão nas mãos das comunidades autônomas, que administram os serviços de saúde em sua totalidade. Sob comando do Ministério da Saúde em Madri estão as competências sanitárias com outros países, a representação em organismos internacionais, alguns temas relacionados à coordenação geral, à aprovação de fármacos e à formação de especialistas, dentre outras funções. Outros ministérios têm responsabilidades, em linhas gerais, relacionadas à gestão de trabalhadores públicos e assalariados e à formação de profissionais. A União Europeia regula normas ambientais e temas de saúde pública. Os municípios são responsáveis pelo fornecimento de água, pelo recolhimento e tratamento do lixo e outros serviços públicos. Mas a maior parte da demanda em atenção à saúde e em serviços de vigilância à saúde está sob a responsabilidade das comunidades autônomas, que designam à área um terço de seus orçamentos.

Financiamento total por impostos a partir de 1999

O SNS é financiado por impostos desde 1999. O financiamento público representa 74% do gasto sanitário total. Anualmente, são investidos em

média US\$ 3.371 por pessoa,³ com grandes diferenças entre as comunidades autônomas. Inicialmente, o financiamento vinha das cotas de empresários e trabalhadores dirigidas ao seguro social e complementadas por uma transferência do Estado para a assistência aos asssegurados. A quantidade procedente do seguro social foi reduzindo paulatinamente, e a partir de 1999 os serviços de saúde passaram a ser financiados por impostos gerais do Estado. Com as transferências para as gestões regionais, os gastos passaram a corresponder aos orçamentos aprovados pelas comunidades autônomas.

Criação de uma nova rede de centros de saúde com critérios da atenção primária em saúde

No que se refere à atenção primária em saúde (APS), o modelo de serviços do SNS se baseia em um esquema com elementos herdados em parte do sistema de seguro social e em parte do antigo sistema de profissionais dependentes do Estado, trazendo também elementos novos, surgidos no momento da criação do sistema e influenciados pela perspectiva da Declaração de Alma-Ata. De fato, o novo modelo de APS é criado nos anos de transição política, de 1978 em diante, sobre a base de um novo especialista, o médico de família e comunidade (neste momento, mais de 25 mil profissionais), formado no sistema de residências médicas e trabalhando com um coletivo sob sua responsabilidade, o que possibilita a continuidade da assistência às pessoas e às famílias por meio do trabalho em equipe com outros profissionais - especialmente as enfermeiras, responsáveis pela atenção coletiva - e um entorno organizativo favorável ao trabalho coordenado. A reforma da APS começou formalmente em 1984, ainda que já existissem experiências pioneiras anteriores. Hoje, apesar dos problemas de desequilíbrio com o nível hospitalar, o modelo da APS é forte e prestigiado.

A reforma e modernização dos hospitais e de outros serviços especializados

A partir dos anos 1970, o SNS melhora significativamente a qualidade de seus serviços de

maior complexidade. Os novos hospitais e as novas gerações de médicos especialistas, magnificamente formados pelo sistema de residências médicas, criam serviços de elevada qualidade, com alta tecnologia, o que acarreta grande consumo de recursos financeiros. A partir dos anos 1990, os hospitais menores, regionais, vão melhorando, e os serviços de nível intermediário, situados entre a alta tecnologia e a boa APS, se desenvolvem. Assim mesmo, alguns componentes do sistema, como as doações de sangue e os transplantes, estão se convertendo em referências mundiais. Desde a transição política observam-se iniciativas pioneiras em saúde mental, esforços inovadores em gestão, modernos serviços móveis de emergência etc., serviços que completam um sistema com déficits importantes, mas basicamente com bons resultados e alta aceitação social.

A seguir, descrevemos a tentativa de desmantelamento do SNS, principalmente pelos efeitos produzidos pelo Real Decreto-Lei nº 16/2012.

A tentativa de desmantelamento do SNS

O esforço de aumentar a cobertura, comentado anteriormente, está se perdendo com um gradual desmantelamento da cobertura já existente e a substituição do eficiente SNS por um modelo baseado na competição entre seguradoras. Mas o governo central e as comunidades autônomas, governadas quase todas por partidos conservadores, não estão simplesmente criando oportunidades de negócio para as seguradoras, mas também se empenhando em fortalecer o mercado de provedores de serviços de saúde. E isso com vários mecanismos.

Desde 2012, com as medidas de austeridade postas em marcha, assiste-se a um ataque sem precedentes aos seis eixos que têm conformado os últimos 30 anos de construção de um sistema público de saúde. Um pouco antes, na Catalunha, em nível estatal - de forma genérica, para todos os serviços públicos -, já haviam ocorrido cortes significativos, principalmente nos salários de empregados públicos.

Em abril de 2012, ocorreu o maior golpe especificamente dirigido aos sistemas de saúde,

³ Gastos público e privado. Fonte: <https://data.oecd.org/spain.htm#profile-health>

com a proposta do real decreto-lei (uma forma de legislar supostamente reservada a assuntos muito urgentes) de número 16/2012, validado pouco depois em um curto debate parlamentar graças à maioria absoluta do partido conservador. Ainda que a desculpa fosse realizar cortes orçamentários, a mudança mais substancial foi legislativa, com a alteração de artigos de modo a deslocar o direito à saúde do âmbito da cidadania para o âmbito dos “assegurados”, uma medida que, apesar de não ter nenhuma consequência orçamentária, modifica um direito - conquistado com muita luta - e reforça a concepção mercadológica da saúde, com a introdução do asseguramento.

De acordo com o decreto-lei, imigrantes que não têm regularizada sua residência na Espanha não têm direito a cobertura. Eles representam um grupo numericamente expressivo num país em que 12,7% da população não nasceu na Espanha (o país da Europa com a maior proporção de população imigrante depois da Estônia, que tem uma importante proporção de russos). Isto tem gerado um grave problema a essa população, culpabilizada pela crise em alguns discursos. A desatenção aos imigrantes por parte da assistência normalizada é um grave problema de justiça que tem mobilizado a população espanhola, convertendo milhares de médicos espanhóis em objetores de consciência.

O desmonte do sistema público cria oportunidades de negócio em um mercado - remodelado e promissor - para o setor privado de seguradoras de saúde. Como demonstra Naomi Klein (2008) em seu livro *A doutrina do choque*: aqueles que estão contra o Estado de bem-estar social nunca desperdiçam uma boa crise.

Em algumas comunidades autônomas, como a de Madri, Castela-Mancha e Valência, um agressivo programa privatizador tem avançado sobre os novos hospitais, propondo concessões administrativas ou cooperativas, embora estas estejam muito menos perfiladas. Na comunidade catalã, aumentam as contratações de prestadores privados de serviço. Em todo o país, o trabalho de fusão progressiva das redes públicas - que demandou esforços e negociações durante tantos anos - vem se desfazendo com um novo fracionamento do sistema.

O governo central e as comunidades autônomas têm configurado também um espaço mercantil ao

diminuir a carteira de alguns serviços que até agora eram gratuitos e públicos, como transporte sanitário não urgente, próteses, insumos para exames de diagnóstico e outros produtos similares. Uma ampla relação de fármacos tem saído também da cobertura pública. Estas decisões facilitam o avanço de provedores privados - favorecendo o setor privado em detrimento do setor público - e estabelecem cotas de participação dos pacientes em forma de copagamento, aumentando os gastos em saúde por desembolso direto dos espanhóis.

Outras medidas que estão minando a qualidade dos serviços públicos são os cortes massivos nos salários dos médicos, enfermeiros e demais trabalhadores, cortes esses acompanhados ainda por aumento da carga horária, com limitação de dias livres (equivalentes às férias). Naturalmente, o descontentamento é geral, o que desfavorece o ambiente de trabalho, tanto na atenção primária como nos hospitais. É importante considerar também que a remuneração dos médicos espanhóis é menor que a de colegas dos países europeus próximos, o que tem produzindo a emigração de profissionais espanhóis para outros países.

Todas as modificações superficiais e as limitações de qualidade impostas pelos cortes orçamentários geram fartas oportunidades de negócio para as seguradoras, os provedores de serviços de saúde e serviços gerais. Com a piora do serviços públicos - com profissionais injustamente remunerados - e a limitação da cobertura, aumentam os potenciais clientes de seguros e serviços privados.

Os serviços públicos baseados na competição entre seguradoras são mais caros do que os baseados no modelo do SNS, ou seja: além de não representarem economia no orçamento atual, as medidas que vêm sendo implantadas também a médio prazo sairão muito mais caras aos contribuintes. Os únicos beneficiados são as empresas de seguros ou aquelas que estiverem dispostas a entrar nesse negócio. O problema mais grave dessa passagem do direito por cidadania ou residência ao direito por asseguramento é ausência de cobertura para boa parte da população.

O grande risco desta situação é o fracionamento do sistema, já que os ricos e as classes médias superiores poderão acessar serviços privados de qualidade, enquanto os pobres e os setores populares terão que

se conformar com serviços públicos cada vez mais deteriorados. Como dizia Richard Titmuss (Alcock et al., 2001) nos primórdios do Estado de bem-estar social, um serviço para pobres sempre será um pobre serviço.

A seguir, discutiremos o SNS frente à dinâmica entre o tensionamento do mercado pela concentração de renda e a resistência social.

O desmantelamento do SNS para concentração de renda e riqueza

As políticas ortodoxas do FMI foram retomadas logo após a crise latino-americana de 1982 por um alinhamento de seu enfoque tradicional com o pensamento neoliberal, que visava realocar os recursos das economias periféricas, reduzindo-as a exportadoras de produtos primários, com um financiamento apegado às pautas ditadas pelos mercados e pela circulação de capitais internacionais (Lichtensztein; Baer; 1987).

A imposição via dívida pública das políticas do FMI à América Latina transladou-se, diante da crise da zona do euro, ao sul da Europa, com ajustes estruturais do FMI e do Banco Central Europeu (BCE) sob tutela e supervisão da Alemanha e da França. A crise na Espanha teve consequências diretas nesse processo, particularmente no que diz respeito ao desemprego, ao aumento da pobreza e à exclusão social. As iniquidades econômicas que estão fazendo os ricos cada vez mais ricos também colocam em risco a coesão social espanhola (Lopez; López Fernández; Mendoza Garcia, 2014). Paradoxalmente, o “culto à austeridade” provocou o aumento da dívida pública. Os ajustes econômicos neoliberais têm gerado, desde 2008, a estagnação econômica, o desemprego e a pobreza. Esses instrumentos econômicos desconsideram que não há na história do capitalismo nenhum país que tenha se desenvolvido sem a colaboração considerável do Estado (Fagnani, 2015).

Como prova empírica da relação entre acumulação por espoliação e desmantelamento do Estado de bem-estar social na Europa, temos o aumento da desigualdade em um contexto em que a taxa de retorno do capital é maior que o crescimento da renda nacional (Piketty, 2014). Os dados históricos apresentados por Piketty demonstram que os níveis de concentração

de renda do século XXI se aproximam aos da Belle Époque, no início do século XX, que experimentou altíssimos níveis de desigualdade. A financeirização da economia desde os anos 1970, marco temporal da revolução ultraconservadora neoliberal, tem concentrado a renda entre os 10% mais ricos, e em especial entre o 1%, *vis-à-vis* a redução dos impostos para o capital financeiro. A configuração de uma nova classe, a dos superexecutivos, com salários multimilionários (decididos por eles mesmos) caracterizam a nossa sociedade, dividida entre nós (99%) e eles (1%).

Os choques das duas guerras mundiais e da depressão de 1929 foram responsáveis pela maior distribuição de renda nos Trinta Anos Gloriosos, quando houve certa correção de rumos, chamada de “liberalismo embutido” por Harvey (2013a). Tiveram um importantíssimo papel nesse curto período o Estado fiscal e o Estado de bem-estar social, que redistribuíram renda ao permitir o acesso universal à saúde, à educação e à aposentadoria (Piketty, 2014). Em resumo:

o fato de a concentração da apropriação do capital neste início de século XXI ser sensivelmente menor nos países europeus do que foi na Belle Époque é em grande parte a consequência de uma combinação de acontecimentos accidentais (os choques dos anos 1914-1945) e de instituições específicas, em particular no campo do direito fiscal sobre o capital e suas rendas. (Piketty, 2014, p. 367)

As instituições sociais (caso do SNS) ficam em perigo quando a desigualdade excede certo limite e, por consequência, a liberdade política tende a perder seu valor, com o governo representativo passando a sé-lo somente na aparência (Rawls, 1993; Piketty, 2014). Isso foi reconhecido pela população, que já não reconhece a legitimidade política dos dois principais partidos políticos espanhóis, o Partido Popular (PP) e o Partido Socialista Espanhol (PSOE).

Resistencia democrática e popular

Com a publicação do Decreto-Lei nº 16/2012, teve início um forte movimento popular contra os processos que tentam desmantelar o SNS espanhol.

Em Madri, onde, além das consequências do decreto, estava em curso um processo muito agressivo de privatização de serviços, a luta popular foi muito ativa, formando diversas organizações que agrupavam profissionais da saúde e cidadãos. A confluência destes movimentos e suas manifestações nas ruas foi chamada de Marea Blanca (por causa dos jalecos dos médicos), com sucessivas ondas de protestos de 2012 até o início de 2015. O movimento contou com manifestações de rua, paralisações e ações cidadãs em defesa dos serviços públicos, sem deixar de mencionar o papel da Justiça e do Parlamento. Embora tenham ocorrido em toda a Espanha, as Mareas Blancas foram muito energéticas e significativas em Madri. E outras *mareas* foram se formando: a Marea Verde, que defendia o sistema educativo público, a Marea Amarilla, que enfrentou as leis que convertiam a justiça gratuita em paga, a Marea Roja, de desempregados, e outras mais.

Com grande repercussão midiática, as Mareas Blancas demonstraram as vantagens de um sistema de saúde universal e público por meio de conferências, artigos, programas de rádio e televisão etc. As manifestações demonstraram ainda o apreço dos cidadãos e dos profissionais ao SNS.

Houve também protestos para defender uma das parcelas da população mais penalizada pela perda da universalidade: os imigrantes indocumentados. Os médicos de família se rebelaram por meio de abaixo-assinados em que se declaravam insubmissos, negando-se a deixar de atender os imigrantes, uma forma de desobediência civil proporcionada pela própria Sociedade Espanhola de Medicina da Família e Comunitária, recorrendo ao sentimento de seus afiliados.

As Mareas de Colores fizeram parte de um novo tipo de contestação pública, cuja origem remonta às mobilizações do Movimento 15-M (em referência aos protestos em toda a Espanha no dia 15 de maio de 2011), em que milhares de cidadãos espanhóis, principalmente jovens, se articularam em lutas com valores diferentes aos da esquerda tradicional, gerando fortes debates nas redes sociais e levando centenas de cidades espanholas a se manifestar. Por fim, as manifestações acabaram em acampamentos em praças de diferentes cidades, elaborando, durante uma semana, um novo ideário e novas formas de

luta baseadas nas redes sociais e na ocupação de espaços públicos. Estes movimentos aparentemente se diluíram, voltando-se às redes sociais e aos bairros periféricos para reaparecer em 2012 nas Mareas Ciudadanas e em outros movimentos como o das Plataformas de Afectados por la Hipoteca, que lutam contra os despejos por falta de pagamento de empréstimos, muito frequentes na Espanha depois da crise.

Dentre os participantes do movimento de desalojados, do 15 M, das Mareas de Colores e de outras ações, uma parte se manifestou apolítica, mas outra se organizou em um partido denominado Podemos, que teve grande êxito nas eleições europeias e gerais que se seguiram, colocando em risco o monopólio do PSOE e do PP na Espanha, os chamados “partidos de 1978”. Rompendo com os chamados à democracia direta dos indignados do 15M, o Podemos quer ser o herdeiro do “espírito de maio”, principalmente pelos princípios de financiamento participativo, transparência e deliberações coletivas (Lambert, 2015).

Ante o temor de que as forças políticas emergentes possam desbanhar à dos partidos de 1978, recuaram várias propostas do Decreto-Lei nº 16/2012 e as iniciativas de privatização do setor saúde. A lei que “desmembra” o sistema não foi aplicada em boa parte, ainda que o ponto fundamental, que supõe a passagem para o modelo de asseguramento, tenha sido mantido. Mas, em março de 2015, os partidos políticos (à exceção do PP e dos Ciudadanos) firmaram um compromisso em seus programas de governo para as eleições de 2015 com as Asociaciones Ciudadanas - que compõem as Mareas Ciudadanas - em promover a universalização da saúde.

Considerações finais

Nesse ensaio sustentamos que a questão de fundo da austeridade fiscal é uma agenda seletiva de redução do gasto público com cortes em políticas sociais, o que resulta na transferência regressiva de renda. Mobilizamos a literatura crítica em economia política para postular que as reformas estruturais aplicadas na América Latina entre as décadas de 1970 e 1990, e nos países periféricos da União Europeia a partir de 2011, minam o Estado de bem-estar social, que se interpõe ao projeto neoliberal de acumulação

por espoliação. Na Espanha, movimentos populares lograram algum terreno na defesa do SNS por meio das Mareas Ciudadanas. E apesar de vir se demonstrando resiliente diante da ofensiva neoliberal, o SNS continua ameaçado por mais retrocessos, tal como a flexibilização do direito à saúde em 2012.

Referências

- ALCOCK, P. et al. *Welfare and wellbeing: Richard Titmuss's contribution to social policy*. Bristol: Policy Press at the University of Bristol, 2001.
- ANTENTAS, J. M.; VIVAS, E. Impacto de la crisis en el derecho a una alimentación sana y saludable. *Gaceta Sanitaria*, Madrid, v. 28, p. 58-61, 2014. Suplemento 1.
- AZEVEDO, F. F. S. *Dicionário analógico da língua portuguesa: ideias afins/thesaurus*. Rio de Janeiro: Lexikon, 2010.
- BALLESTER, F. et al. Evolución de los riesgos ambientales en el contexto de la crisis económica. *Gaceta Sanitaria*, Madrid, v. 28, p. 51-57, 2014. Suplemento 1.
- BENEDICTO, A. S. Recortes, austeridad y salud. *Gaceta Sanitaria*, Madrid, v. 28, p. 7-11, 2014. Suplemento 1.
- BENMARHNIA, T. et al. Impact of the economic crisis on the health of older persons in Spain: research clues based on an analysis of mortality. *Gaceta Sanitaria*, Madrid, v. 28, p. 137-141, 2014. Suplemento 1.
- BERNAL-DELGADO, E.; CAMPILLO-ARTERO, C.; GARCÍA-ARMESTO, S. Oferta sanitaria y crisis: financiamos los bienes y servicios según su valor o caemos en la insolvencia. *Gaceta Sanitaria*, Madrid, v. 28, p. 69-74, 2014. Suplemento 1.
- BOSCHETTI, I. *Assistência social e trabalho no capitalismo*. São Paulo: Cortez, 2016.
- CAMPOS, G. W. S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1865-1874, 2007.
- ESCRIBÀ-AGÜIR, V.; FONS-MARTINEZ, J. Crisis económica y condiciones de empleo: diferencias de género y respuesta de las políticas sociales de empleo. *Gaceta Sanitaria*, Madrid, v. 28, p. 37-43, 2014. Suplemento 1.
- ESPAÑA. Jefatura del Estado. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, Madrid, n. 182, 29 abr. 1986.
- FAGNANI, E. Crescimento e inclusão social. *Le Monde Diplomatique Brasil*, São Paulo, 6 jan. 2015. p. 6-7.
- FLORES, M.; GARCÍA-GÓMEZ, P.; ZUNZUNEGUI, M. V. Crisis económica, pobreza e infancia: ¿qué podemos esperar en el corto y largo plazo para los "niños y niñas de la crisis"? *Gaceta Sanitaria*, Madrid, v. 28, p. 132-136, 2014. Suplemento 1.
- GARCÍA-ALTÉS, A.; VICENTE ORTÚN, V. Funcionamiento del ascensor social en España y posibles mejoras. *Gaceta Sanitaria*, Madrid, v. 28, p. 31-36, 2014. Suplemento 1.
- GARCÍA ARMESTO, S. et al. España: análisis del sistema sanitario 2010: resumen y conclusiones. *Sistemas Sanitarios en Transición*, v. 12, n. 4, p. 1-34, 2011.
- GILI, M.; CAMPAYO, J. G.; ROCA, M. Crisis económica y salud mental. *Gaceta Sanitaria*, Madrid, v. 28, p. 104-108, 2014. Suplemento 1.
- HARVEY, D. *O neoliberalismo: história e implicações*. São Paulo: Loyola, 2013a.
- HARVEY, D. *O novo imperialismo*. São Paulo: Loyola, 2013b.
- HERNÁNDEZ AGUADO, I.; LUMBRERAS LACARRA, B. Crisis e independencia de las políticas de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, Madrid, v. 28, p. 24-30, 2014. Suplemento 1.
- KLEIN, N. *A doutrina do choque: a ascensão do capitalismo do desastre*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008.
- LAMBERT, R. Na Espanha, a hipótese Podemos. *Le Monde Diplomatique Brasil*, São Paulo, 6 jan. 2015. p. 16-17.
- LARRAÑAGA, I.; MARTÍN, U.; BACIGALUPE, A. Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España. *Gaceta Sanitaria*, Madrid, v. 28, p. 109-115, 2014. Suplemento 1.
- LEYS, C.; PLAYER, S. *The plot against the NHS*. Pontypool: Merlin Press, 2011.
- LICHTENSZTEJN, S.; BAER, M. *Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial: estratégias e políticas do poder financeiro*. São Paulo: Brasiliense, 1986.

- LLÁCER, A.; FERNÁNDEZ-CUENCA, R.; MARTÍNEZ-NAVARRO, F. Crisis económica y patología infecciosa. *Gaceta Sanitaria*, Madrid, v. 28, p. 97-103, 2014. Suplemento 1.
- LÓPEZ FERNÁNDEZ, L. A. et al. ¿Está en peligro la cobertura universal en nuestro Sistema Nacional de Salud? *Gaceta Sanitaria*, Madrid, v. 26, n. 4, p. 298-300, 2012.
- LOPEZ, G. C.; LÓPEZ FERNÁNDEZ, L. A.; MENDOZA GARCIA, O. J. *Impact of the economic crisis on health and the health system in Spain*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2014. Brief paper 1.
- MÁRQUEZ-CALDERÓN, S. et al. Promoción de la salud y prevención en tiempos de crisis: el rol del sector sanitario. *Gaceta Sanitaria*, Madrid, v. 28, p. 116-123, 2014. Suplemento 1.
- MARSHALL, T. H. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.
- MENDES, A. et al. A contribuição do pensamento da saúde coletiva à economia política. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 841-860, 2017.
- NOVO, A. M. et al. El impacto de la crisis en la relación entre vivienda y salud: políticas de buenas prácticas para reducir las desigualdades en salud asociadas con las condiciones de vivienda. *Gaceta Sanitaria*, Madrid, v. 28, p. 44-50, 2014. Suplemento 1.
- PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1936, 2013.
- PÉREZ, G. et al. Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis económica y sus efectos en la salud y en las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, Madrid, v. 28, p. 124-131, 2014. Suplemento 1.
- PIKETTY, T. *O Capital no século XXI*. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2014.
- PIKETTY, T. *Roda Viva*. YouTube. 9 fev. 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/1UxqmWW>>. Acesso em: 2 ago. 2018.
- RAWLS, J. *Uma teoria da justiça*. Lisboa: Presença, 1993.
- RIVADENEYRA-SICILIA, A. et al. Lecciones desde fuera: otros países en ésta y otras crisis anteriores. *Gaceta Sanitaria*, Madrid, v. 28, p. 12-17, 2014. Suplemento 1.
- RUIZ-RAMOS, M. et al. Crisis económica al inicio del siglo XXI y mortalidad en España: tendencia e impacto sobre las desigualdades sociales. *Gaceta Sanitaria*, Madrid, v. 28, p. 89-96, 2014. Suplemento 1.
- SÁNCHEZ-MARTÍNEZ, F. I.; ABELLÁN-PERPIÑÁNA, J. M.; OLIVA-MORENO, J. La privatización de la gestión sanitaria: efecto secundario de la crisis y síntoma de mal gobierno. *Gaceta Sanitaria*, Madrid, v. 28, p. 75-80, 2014. Suplemento 1.
- SANTOS, M. *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. Rio de Janeiro: Record, 2000.
- SIQUEIRA, C. E.; CASTRO, H.; ARAÚJO, T. M. A globalização dos movimentos sociais: resposta social à globalização corporativa neoliberal. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 847-858, 2003.
- URBANOS GARRIDO, R.; PUIG-JUNOY, J. Políticas de austeridad y cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios. *Gaceta Sanitaria*, Madrid, v. 28, p. 81-88, 2014. Suplemento 1.
- VÁZQUEZ, M. L.; VARGAS, I.; ALLER, M. B. Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. *Gaceta Sanitaria*, Madrid, v. 28, p. 142-146, 2014. Suplemento 1.

Contribuição dos autores

Os autores contribuíram igualmente para o desenho do estudo, a escrita do manuscrito e sua revisão final.

Recebido: 17/01/2018

Reapresentado: 08/05/2018

Aprovado: 02/07/2018