



<https://doi.org/10.51234/aben.23.e21.c13>

## IMPACTO ECONÔMICO DAS BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE

# IMPACTOS ECONÔMICOS DA SAÚDE PARA POPULAÇÕES VULNERÁVEIS: UMA VISÃO PANORÂMICA

**José Henrique Bassi Souza Sperancini** ORCID: 0000-0002-7846-6711

Graduado em Ciências Econômicas, Mestre e Doutor em Política Científica e Tecnológica pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e em História pela Universidade de Sorocaba (UNISO). Professor e pesquisador dos Cursos de graduação e mestrado em Ciências Econômicas do Centro de Engenharia, Modelagem e Ciências Sociais Aplicadas (CECS) da Universidade Federal do ABC (UFABC). Editor Científico do Periódico "Revista de Empreendedorismo, Negócios e Inovação".

josehenrique.souza@ufabc.edu.br

## INTRODUÇÃO

Para a Comissão de Alto Nível sobre Emprego em Saúde e Economia das Nações Unidas (*High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth*), criada em 2016, "O crescimento e o desenvolvimento econômico dependem de uma população saudável" (WHO, 2016a, p. 09). Premissa defendida por diversos autores (WHO, 2016b, p. 01; Buchan, Dhillon e Campbell, 2017, p. xvi). A saúde "é vital para o crescimento econômico" (OECD, 2016, p. 28). Não existe desenvolvimento econômico sem saúde humana, logo, os trabalhadores da saúde são absolutamente indispensáveis para a economia moderna. Segundo a Comissão citada acima, "Os profissionais de saúde são a espinha dorsal de sistemas de saúde fortes e resilientes. A cobertura universal de saúde e a segurança global de saúde garantida só são possíveis com investimento adequado na força de trabalho da saúde" (WHO, 2016a, p. 09 e WHO, 2016b, p. 01). Entretanto, como demonstra o "Efeito Baumol" (Baumol, 2012 e WHO, 2016b, p. 10), o custo da saúde tende a crescer acima da inflação. Tal característica pode levar a conclusão de que o sistema de saúde seria, então, ineficiente. Mas, muito além de uma visão puramente contábil, é preciso compreender o sistema de saúde como um subsistema essencial para a economia moderna. Suas contribuições vão muito além da oferta de produtos e serviços e da demanda por bens e trabalho.

Em janeiro de 2000, Gro Harlem Brundtland, médica e primeira mulher a ocupar o cargo de primeiro ministro na Noruega, então Diretora-Geral da Organização Mundial da Saúde, criou a Comissão de Macroeconomia e Saúde (CMH) para avaliar o lugar da saúde no desenvolvimento econômico global. Naquele momento, embora a saúde fosse reconhecida como um objetivo central, sua importância para promover o desenvolvimento econômico e a redução da pobreza não era devidamente considerada. A CMH, descobriu que "estender a cobertura de serviços cruciais de saúde, incluindo um número relativamente pequeno de intervenções específicas, para os pobres do mundo poderia salvar milhões de vidas a cada ano, reduzir pobreza, estimular o desenvolvimento econômico e promover a segurança global" (Sachs, 2001).

Nessa mesma perspectiva, em 2016, a "*High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth*" afirmava que é preciso posicionar a economia da saúde como um gerador de crescimento econômico inclusivo para enfrentar dois grandes desafios.

“O primeiro é mudar a mentalidade daqueles líderes políticos, formuladores de políticas e economistas que ainda veem o emprego na saúde como um fardo para a economia: ineficiente, resistente a ganhos de produtividade e uma despesa a ser rigorosamente controlada. O emprego na saúde é muitas vezes mal interpretado como “consumo” em oposição a “investimento”, criando assim uma dicotomia inútil. A segunda é convencer os governos e as partes interessadas relevantes de que a situação atual é insustentável e que é urgentemente necessário um maior investimento” (WHO, 2016a, p. 16 e WHO, 2016b, p. 01)

No próximo item tentamos defender a visão de que a área da saúde é um subsistema especial e fundamental para a manutenção e evolução do sistema produtivo.

## “A DOENÇA DOS CUSTOS” E O CUSTO DA DOENÇA

O aumento rápido da participação dos gastos com saúde no PIB em praticamente todos os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) é motivo de preocupação para políticos e para o público em geral. Alguns economistas como William Baumol, por exemplo, acreditam que talvez não seja possível para o setor de saúde acompanhar o crescimento da produtividade no resto da economia. Isto porque, na maioria dos segmentos produtivos, a mudança tecnológica e a automação desempenham um papel fundamental no aumento da produtividade. No caso da saúde, os gastos são impulsionados por aumentos salariais que excedem o crescimento da produtividade, é o chamado “Efeito Baumol” ou “Doença dos Custos”.

“.. o custo dos cuidados de saúde está aumentando mais rápido do que a taxa média de inflação de hoje, e podemos estar razoavelmente confiantes de que continuará a fazê-lo amanhã, bem como no dia seguinte. O inverso ocorre com os computadores, cujo custo continuará abaixo da inflação média da economia. O motivo não é difícil de identificar. Os itens do grupo de custo crescente geralmente possuem um elemento artesanal – isto é, um elemento humano não prontamente substituível por máquinas – em seu processo de produção, o que dificulta a redução do conteúdo de mão-de-obra.” (Baumol, 2012, p. 19)

Entretanto, pesquisas recentes mostram resultados contraditórios. Hartwig (2007 e 2008, p. 620), por exemplo, acredita que os salários no setor crescem acima da produtividade e não há muito o que fazer para evitar esse problema. Outros estudiosos acreditam que uma força de trabalho de saúde adequada pode ser uma estratégia altamente econômica. “Por exemplo, investir na educação em obstetrícia e enviar graduados para a prestação de serviços baseados na comunidade poderia render um retorno de 16 vezes sobre o investimento em termos de vidas salvas e custos de cesarianas evitados” (Lauer et al., 2017, p. 180).

Um estudo do Banco Mundial ainda não publicado (Arcand, Araujo, Menkulasic e Weber, in press citado por Lauer et al., 2017, p. 180 e WHO, 2016c, p. 26) argumenta que países com sistemas de saúde mais desenvolvidos estão relacionados a maiores produtividades manufatureiras. Desse modo, um setor de saúde desenvolvido atua da mesma forma que uma mudança tecnológica que aumenta a produtividade (Lauer et al., 2017, p. 181). Ambas as descobertas constituem evidências independentes contra a ideia de que o setor da saúde é improdutivo, ineficiente ou um entrave à economia.

“Se este argumento estiver correto, pode ser um grande problema político e econômico ... Testes anteriores da hipótese de Baumol no setor de saúde encontraram evidências robustas a favor do argumento do custo da doença em um grupo de países da OCDE (WHO, 2010). Mas, novas evidências sugerem que o efeito Baumol pode não se sustentar quando testado em um grupo maior de outros países, incluindo países de baixa e média renda. Um relatório recente do Banco Mundial reexaminou as ligações entre emprego no setor da saúde, gastos com saúde e crescimento econômico (Perry and Zulliger, 2012, p. 11). As descobertas deste relatório são empolgantes, embora preliminares, e contradizem o pensamento convencional. A análise expandiu testes anteriores do argumento da doença de custo de Baumol no setor de saúde (com base em países da OCDE) para uma amostra maior de nações (incluindo de regiões de baixa e média renda). Os autores descobriram que, ao contrário das descobertas

anteriores de Baumol, os gastos com saúde não são impulsionados por aumentos nos salários em excesso ao crescimento da produtividade, rejeitando assim o argumento da doença do custo. O relatório também estimou a contribuição do emprego na área da saúde para a taxa de crescimento de outros setores, como a manufatura. Os autores descobriram que os ganhos potenciais de produtividade no setor manufatureiro, derivados de um maior emprego, pode ser grande – principalmente por meio de melhorias nos resultados de saúde da população, incluindo o estado de saúde das pessoas que trabalham no setor manufatureiro. Com efeito, os efeitos do emprego no setor da saúde são significativamente maiores do que, por exemplo, o desenvolvimento financeiro (12). Embora esses achados precisem de confirmação, eles fornecem uma nova perspectiva importante e plausível sobre o valor do investimento na força de trabalho em saúde” (WHO, 2016b, p. 10)

Assim, caso o setor de saúde não seja um investimento eficiente, seu crescimento deveria ser reduzido e seus custos contidos; mas, sendo eficiente, seu crescimento promoverá um crescimento econômico mais amplo. Desse modo, a visão do sistema de saúde

“como um setor improdutivo que sofre de uma doença de custo está sendo revisitada, principalmente no que diz respeito à situação em países de baixa e média renda, onde o sistema de saúde é muito menos desenvolvido do que em países mais ricos e onde as melhorias no sistema de saúde têm potencialmente um impacto muito maior, tanto em termos de renda total quanto em termos de valor de mercado” (Lauer et al., 2017, p. 181).

Para compreender mais profundamente a função do gasto em saúde na economia, é preciso levar em conta o efeito **multiplicador** do próprio gasto em saúde, do aumento da **produtividade** geral da economia e da melhoria no **bem-estar social**, que é, este na verdade, o objetivo final do desenvolvimento econômico.

Analisando dezenove países, € 1,0 adicional gasto no setor de saúde gera € 2,7 de impactos diretos e indiretos na economia nacional. De mais de sessenta setores analisados, o setor saúde tem o décimo maior impacto na renda familiar. O investimento de um euro no setor de saúde tem um impacto de € 0,7 no rendimento médio do agregado familiar (Boyce and Brown, 2016, p. 09).

Os investimentos no sistema de saúde têm efeitos multiplicadores que reforçam o crescimento econômico, a inclusão econômica, a criação de empregos dignos e qualificados, os ganhos de produtividades em diversos setores, a proteção e a coesão social, a inovação e a segurança da saúde (WHO, 2016a, p. 09 e 18, WHO, 2016b, p. 15; Buchan, Dhillon e Campbell, 2017, p. xviii, 04, 27 e 51 e Boyce and Brown, 2016, p. 01 e 02). Mas qual seriam as dimensões do setor de saúde?

Em oposição ao “Efeito Baumol” também temos que levar em conta os “Custos da Doença”. Famílias que não dispõem de serviços de saúde sofrem uma série de perdas econômicas, algumas delas catastróficas. No final da década de 1990 o extinto *Global Fórum for Health Research* (2002) já destacava o impacto da saúde no desempenho econômico. Sobretudo nos países pobres estaria ocorrendo um “círculo vicioso da doença-pobreza” com efeitos macroeconômicos. Os efeitos econômicos dos agravos e doenças podem ser representados na figura abaixo adaptada do pensamento do *Global Forum for Health Research* (GFHR) entre 2001 e 2004 (GFHR, 2002 e 2004).

“Para avançar no combate à pobreza, a promoção da saúde desempenha um papel central por meio da melhoria dos determinantes da saúde” (WHO, 2022a, p. 09). Famílias pobres que são forçadas a desviar renda com gastos com doenças abaixam ainda mais seus padrões de vida, incluindo alimentação e a habitação. Nessas circunstâncias, os pobres “provavelmente entrarão em um ciclo interminável de problemas de saúde que podem levar a mais gastos no futuro ... Por exemplo, em países como Butão, Mianmar e Sri Lanka, políticas direcionadas aos pobres é essencial para eliminar as possibilidades desses grupos populacionais serem empurrados para a pobreza extrema pelos gastos com saúde” (WHO, 2022b, pg. 21 e 31). A seguir um detalhamento de alguns impactos negativos segundo o “*Global Forum For Health Research*” e outras publicações.

- Doença significa aumento dos gastos das famílias (GFHR, 2004, p. 03). Pesquisas em oitenta e nove países (89% da população mundial) sugerem que 150 milhões de pessoas globalmente sofrem catástrofes financeiras anualmente porque precisam arcar com serviços de saúde. (WHO, 2022b, pg. 20; Xu et al., 2007).;
- a desnutrição aumenta o risco de desemprego ou subemprego, reduzindo ainda mais a renda familiar;
- uma situação habitacional já precária corre o risco de maior deterioração;
- os doentes e os familiares cuidadores perdem oportunidades de educação/formação (profissional) ...;
- no longo prazo, o já baixo nível de produtividade da família pode diminuir ainda mais ...;
- o acesso a serviços de saúde, água potável e serviços sociais em geral pode tornar-se ainda mais precário como resultado de menores receitas e menos educação;
- famílias pobres tendem a ter mais filhos, na esperança de que pelo menos um deles apoie os pais na velhice;
- existe um risco elevado de gravidez indesejada e abuso de substâncias;
- (o empobrecimento) pode obrigar a família a se mudar para um ambiente mais degradado;
- o impacto geral reforça a impotência dos familiares (garantir) a sobrevivência da família” (GFHR, 2004, p. 03)

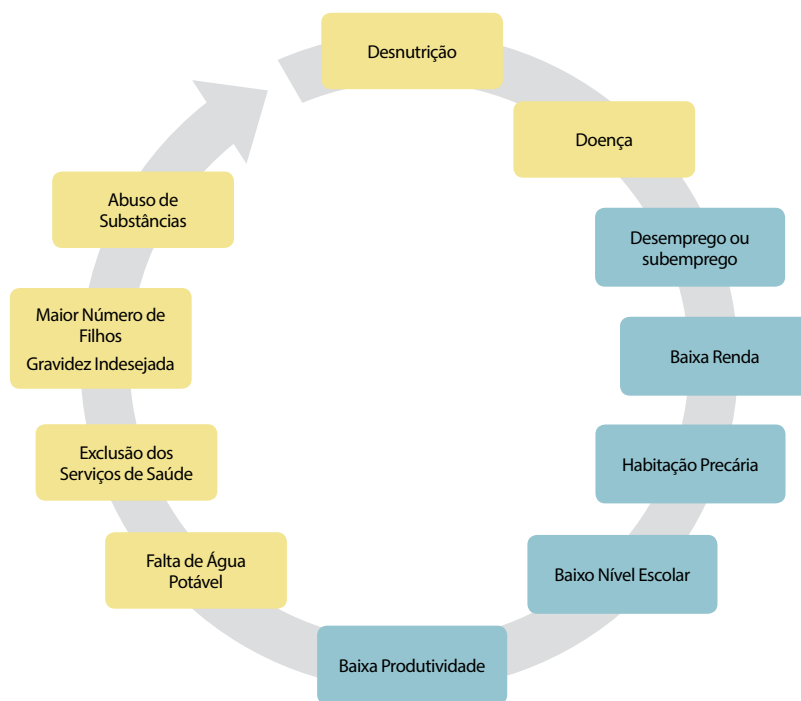


Figura 1: O Círculo Vicioso da Doença-Pobreza do GFHR

Fonte: GFHR, 2004. Adaptado pelo autor.

Aumento de déficits fiscais também é um efeito negativo das doenças. Por exemplo, a pandemia de Ebola reduziu a arrecadação e aumentou as despesas na Guiné, na Libéria e em Serra Leoa (Panzer et al., 2015). Assim, quanto mais pobreza, menos recursos para defender e promover a saúde e superar a pobreza. A deficiência nos serviços de saúde opera como uma barreira impedindo a expansão e diversificação da economia do país pobre. Para quebrar esse círculo vicioso seria necessário que os países ricos e pobres elevassem os investimentos em pesquisa e desenvolvimento voltados para solucionar os problemas de saúde que atingem mais acentuadamente os países pobres. Mas qual seria o poder econômico do setor de saúde? É o que pretende demonstrar o próximo item?

## AS DIMENSÕES DO SETOR DE SAÚDE

Segundo o Relatório da Comissão de Alto Nível sobre Emprego em Saúde e Economia das Nações Unidas (Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth” publicado pela Organização Mundial da Saúde em 2016 (WHO, 2016a), o “tamanho agregado do setor de saúde mundial é superior a US\$ 5,8 trilhões por ano” (WHO, 2016a, p. 09) levando em conta, apenas, os 34 países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (WHO, 2016a, p. 09, 21). Esse volume representava algo como 7,58% do PIB mundial em 2016 (US\$ 76,470 trilhões) (World Bank, 2022b). A OECD afirma que

“As últimas estimativas da OCDE apontam para um crescimento médio dos gastos com saúde de 5% em 2020, impulsionado pelo crescimento excepcionalmente alto dos gastos do governo e dos regimes obrigatórios (+8,1%) em resposta às necessidades adicionais para enfrentar a pandemia de COVID-19. ... Como resultado do crescimento substancial dos gastos e da desaceleração econômica generalizada, os gastos com saúde como proporção do PIB saltaram para 9,7% nos países da OCDE em 2020, acima dos 8,8% em 2019. As estimativas preliminares para um grupo de 17 países da OCDE sugerem que a saúde os gastos continuaram a crescer fortemente em 2021 – cerca de 6%.” (OECD, 2022a)

Portanto, o “tamanho da saúde” na OCDE ficaria em torno de 8,7%, como pode ser visto no gráfico abaixo. Nesse momento (01/11/2022) os dados estão indisponíveis, provavelmente para revisão. Mas, imaginando que o setor de saúde fosse um país, ele representaria mais de 8% de toda a economia somada dos países mais ricos do mundo. Seu poder econômico seria imenso como podemos comprovar na tabela a seguir.

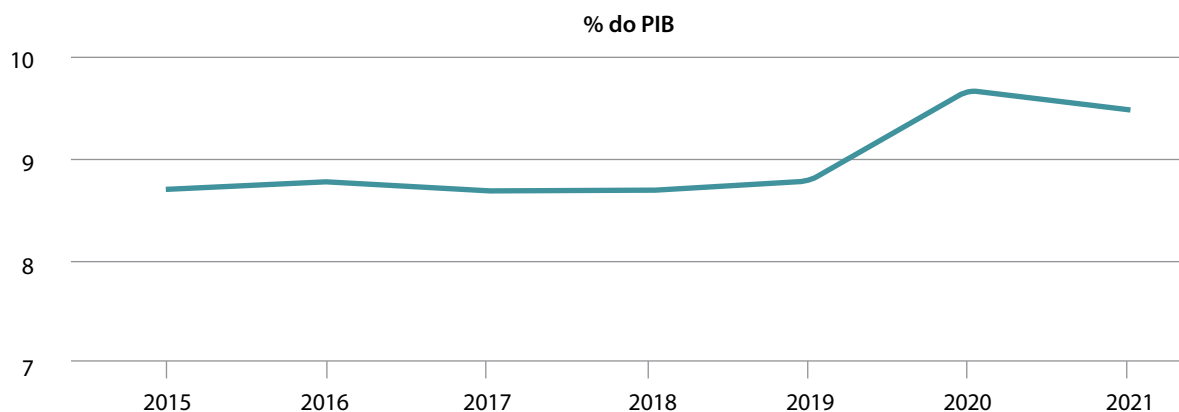


Gráfico 1: Gasto em Saúde como Porcentagem do PIB na OCDE entre 2015 e 2021

Fonte: OECD, 2022a.

Mesmo imaginando que não cresceu nada desde 2016, poderíamos dizer que o “País Saúde” seria, hoje, a 3º maior economia do mundo ficando atrás apenas dos EUA e da China. Mas, para Lauer et al. (2017, p. 183), em termos ampliados, isto é, considerando bens e serviços relacionados às indústrias de nutrição, esportes e condicionamento físico, medicamentos de venda livre ou gastos com serviços de assistência domiciliar, chegaríamos a segunda maior economia do planeta.

Figura 2: As 15 Maiores Economias do Mundo em 2016 e o Setor de Saúde

País	PIB (US\$ Corrente) 2016
<b>Mundo</b>	76.465.590.005.079
Estados Unidos	18.695.110.842.000
China	11.233.276.536.745
<b>Setor da Saúde</b>	5.800.000.000.000
Japão	5.003.677.627.544
Alemanha	3.469.853.463.946
Reino Unido	2.722.851.958.486
França	2.472.964.344.587
Índia	2.294.797.980.509
Itália	1.877.071.687.634
Brasil	1.795.693.265.810
Canadá	1.527.994.741.907
Coréia do Sul	1.500.111.596.236
Rússia	1.276.786.979.222
Espanha	1.232.912.963.206
Austrália	1.206.685.107.002
México	1.078.490.651.625

Fonte: Dados World Bank, WDI, 2022b. Cálculos dos autores.

Considerando um PIB mundial, e aplicando grosseiramente a participação da saúde no PIB da OCDE em 2021, o "País Saúde" representaria US\$ 8,4 trilhões dos US\$ 96,1 trilhões ou US\$ 12,7 trilhões de US\$ 145,9 trilhões, pelo conceito de paridade de poder de compra (World Bank, 2022a e c). É um volume gigantesco maior do que toda a riqueza produzida pelo Japão, Alemanha e França, juntos (US\$ 14.061 bilhões).

### "PIB da Saúde" e as Maiores Economias em 2016 (US\$)

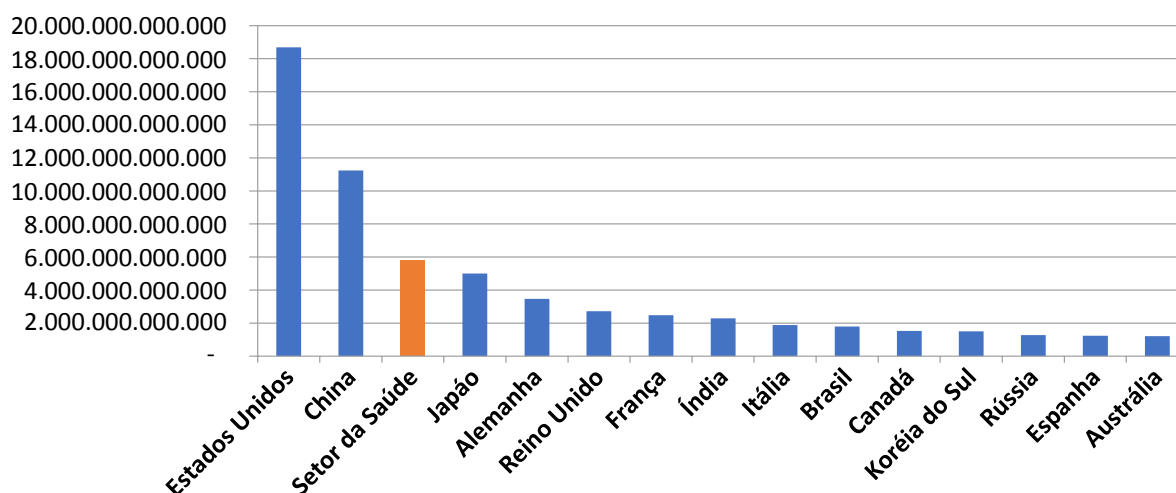


Figura 3: O Tamanho do Setor de Saúde no Mundo

Fonte: World Bank, WDI, 2022b, WHO, 2016a e OECD, 2022a. Elaboração do autor.

Tabela 1: Participação do Gasto em Saúde no PIB de Países Selecionados da OCDE e Brasil.

País/Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Austrália	8,4	8,5	8,7	8,8	9,8	10,2	10,1	10,1	10,1	10,2	10,6
Áustria	10,2	10,0	10,2	10,3	10,4	10,4	10,4	10,4	10,3	10,5	11,5
Bélgica	10,2	10,4	10,5	10,5	10,6	10,8	10,8	10,8	10,8	10,7	10,8
Canadá	10,7	10,4	10,5	10,4	10,3	10,7	11,0	10,9	10,8	11,0	12,9
Chile	6,8	6,8	7,0	7,4	7,8	8,3	8,5	9,1	9,2	9,3	9,8
Colômbia	7,1	6,8	6,7	7,0	7,2	7,5	7,5	7,7	7,6	8,1	9,0
Costa Rica	8,0	8,1	7,8	7,7	7,7	7,6	7,3	7,0	7,3	7,2	7,9
Dinamarca	10,6	10,4	10,5	10,3	10,3	10,3	10,3	10,1	10,1	10,1	10,5
Estônia	6,3	5,8	5,8	6,0	6,4	6,6	6,7	6,6	6,7	6,8	7,8
Finlândia	9,1	9,2	9,6	9,8	9,8	9,6	9,4	9,1	9,0	9,2	9,5
França	11,2	11,2	11,3	11,4	11,5	11,4	11,5	11,4	11,2	11,1	12,2
Alemanha	11,1	10,8	10,9	11,0	11,0	11,2	11,2	11,3	11,5	11,7	12,8
Grécia	9,6	9,2	8,9	8,4	7,9	8,2	8,4	8,1	8,1	8,2	9,5
Hungria	7,4	7,5	7,4	7,2	7,0	6,9	7,0	6,7	6,6	6,3	7,3
Islândia	8,4	8,2	8,2	8,2	8,2	8,1	8,1	8,3	8,4	8,5	9,5
Irlanda	10,5	10,6	10,6	10,3	9,5	7,3	7,4	7,1	6,9	6,7	7,1
Itália	8,9	8,8	8,8	8,8	8,9	8,9	8,7	8,7	8,7	8,7	9,6
Japão	9,1	10,5	10,7	10,7	10,7	10,8	10,7	10,7	10,7	11,0	11,1
Coréia	5,9	6,0	6,1	6,2	6,5	6,7	6,9	7,1	7,5	8,1	8,4
México	5,7	5,5	5,7	5,8	5,6	5,7	5,6	5,5	5,4	5,4	6,2
Holanda	10,2	10,2	10,5	10,6	10,6	10,3	10,3	10,1	10,0	10,2	11,2
Noruega	8,9	8,8	8,8	8,9	9,3	10,1	10,6	10,3	10,0	10,5	11,3
Polônia	6,4	6,2	6,2	6,4	6,3	6,4	6,5	6,6	6,3	6,4	6,5
Portugal	10,0	9,7	9,7	9,4	9,3	9,3	9,4	9,3	9,4	9,5	10,5
Spain	9,1	9,2	9,2	9,1	9,1	9,1	9,0	9,0	9,0	9,1	10,7
Suécia	8,3	10,4	10,7	10,9	10,9	10,8	10,9	10,8	10,9	10,8	11,5
Suíça	9,9	10,0	10,2	10,5	10,6	11,0	11,3	11,5	11,2	11,3	11,8
Turquia	5,0	4,7	4,4	4,4	4,3	4,1	4,3	4,2	4,1	4,4	4,6
Reino Unido	10,0	9,9	9,9	9,8	9,8	9,8	9,7	9,6	9,7	9,9	12,0
Estados Unidos	16,2	16,1	16,1	16,0	16,2	16,5	16,8	16,8	16,6	16,7	18,8
Não-OECD											
Argentina	9,4	9,4	9,8	9,8	9,7	10,2	9,0	10,4	9,7	9,5	..
Brasil	7,9	7,8	7,7	8,0	8,4	8,9	9,2	9,5	9,5	9,6	..
Bulgária	7,1	7,1	7,5	7,1	7,7	7,4	7,5	7,5	7,3	7,1	8,5
China (RP)	4,2	4,3	4,6	4,7	4,8	5,0	5,0	5,0	5,1	5,3	..
Índia	3,4	3,2	3,3	3,7	3,6	3,6	3,5	2,9	3,0	3,0	..

Fonte: OECD, 2022b.

Pode-se argumentar que esses números estejam superestimados, já que a porcentagem de gasto em saúde nos países pobres em relação ao PIB é menor. Entretanto, os números acima representam apenas

“bens e serviços faturados no setor de saúde e, portanto, não incluem bens e serviços relacionados às indústrias de nutrição, esportes e fitness, produtos farmacêuticos, dispositivos e equipamentos médicos para exportação, receitas de mais de medicamentos de balcão, gastos com serviços de assistência domiciliar e demanda induzida em outros setores, todos eles partes importantes da economia da saúde mais ampla. Estima-se que a economia de saúde expandida na Alemanha, por exemplo, contribua com quase 11% do valor agregado bruto (uma estimativa comparável aos números acima) e um adicional de 8% em termos de efeitos indiretos e induzidos” (WHO, 2016a, p. 21)

Na tabela 1 podemos ver que o gasto em saúde no Brasil vem se aproximando dos 10% do PIB. Tem permanecido ligeiramente abaixo dos gastos nos países mais desenvolvidos nas últimas décadas (OECD, 2015, p. 28)<sup>1</sup>, mas apresenta movimento de alta e “*catching up*”.

## OS PROFISSIONAIS NO SISTEMA DE SAÚDE

Considerando apenas a participação do setor de saúde no PIB podemos imaginar o poder de impacto do sistema de saúde sobre as economias nacionais. Mas, é preciso levar em conta, também, que o setor é um grande gerador de postos de trabalhos.

O setor da saúde e assistência social é um dos maiores empregadores da economia. Em 2015, nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), ocupava cerca de 10% do emprego total (Boyce and Brown, 2016, p. 02). Todavia, A escassez de mão de obra de saúde está aumentando as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, causando doenças, incapacidades e mortes evitáveis e ameaçando a saúde pública, o crescimento econômico e o desenvolvimento (WHO, 2016a, p. 10). A crise global da força de trabalho em saúde chamou a atenção do mundo em 2004 no relatório da *Joint Learning Initiative* (Chen et al., 2004) e no Relatório Mundial de Saúde 2006 (WHO, 2006 e WHO, 2016a, p. 10).

Apesar do mundo enfrentar uma escassez global de profissionais de saúde, entre 2000 e 2014, na OCDE, o emprego em saúde e serviço social cresceu 48%, enquanto os empregos na indústria e na agricultura diminuíram. Além disso, estimativas sugerem que, globalmente, cada trabalhador treinado em uma ocupação de saúde é apoiado por um ou dois outros trabalhadores (WHO, 2016a, p. 09).

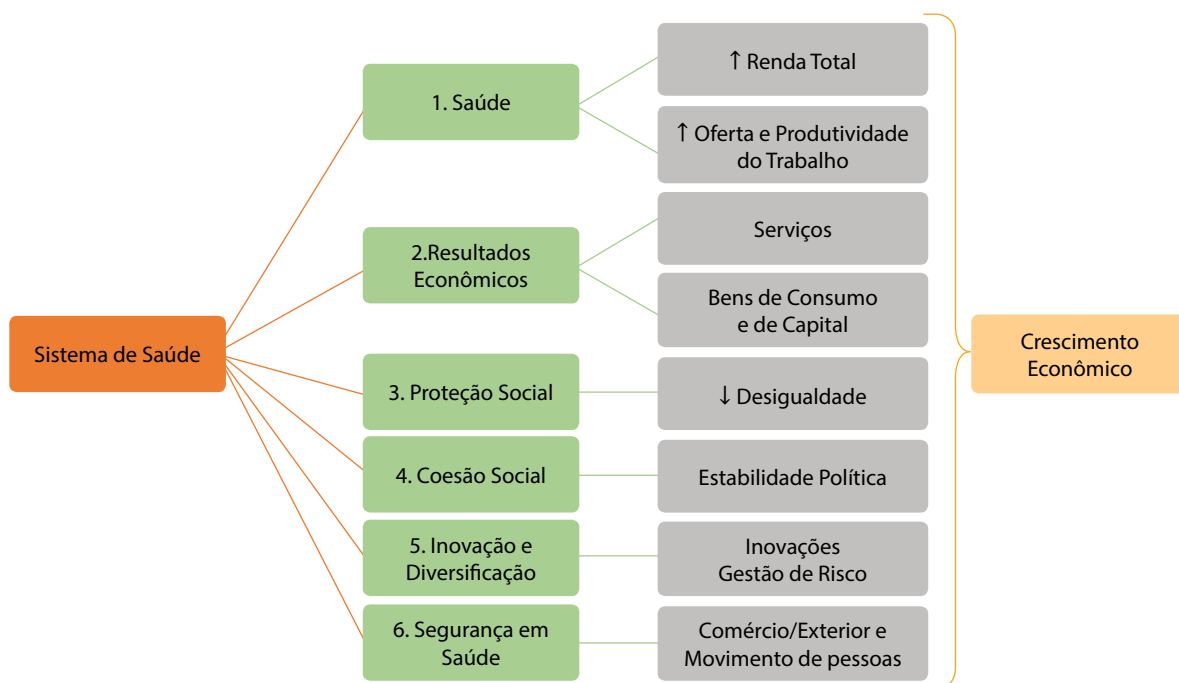
Outro aspecto importante é que o emprego na saúde é fundamental para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) em países de baixa e média renda. Entre eles, uma saúde melhor (ODS 3), trabalho decente, crescimento econômico (ODS 8), e vários outros ODS. (WHO, 2016a, p. 10; Buchan, Dhillon e Campbell, 2017, p. 173; Boyce and Brown, 2016, p. 01). Para tanto, deverão ser criados cerca de 40 milhões de novos empregos no setor, principalmente em países de renda média até 2030 (WHO, 2016a, p. 10 e 66).

## IMPACTOS ECONÔMICOS DAS BOAS PRÁTICAS DE SAÚDE

Para Lauer et al, a figura abaixo apresenta os seis caminhos para o crescimento econômico derivados dos investimentos na saúde: 1. o caminho da saúde; 2. o caminho da produção econômica; 3. o caminho da proteção social; 4. o caminho da coesão social; 5. o caminho da inovação e diversificação; e 6. o caminho da segurança sanitária.

1 A publicação “*Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*” faz um mapeamento das práticas orçamentárias e estruturas de governança e apresenta uma visão detalhada das estruturas institucionais voltadas para o financiamento da saúde na OCDE.





Fonte: Lauer et al., 2017, p. 176.

Quanto ao **“Caminho da Saúde”** os autores consideram a saúde como um bem em si mesmo necessário à vida humana. Em outras palavras,

“... a saúde é concebida como um benefício intrínseco (algo bom por si mesmo), e não como um benefício instrumental (algo bom por outra coisa qualquer, como renda monetária). Em termos de teoria econômica, isso significa que a saúde é considerada nesta via como argumento direto na função de preferência dos indivíduos. Esse papel da saúde, como bem de consumo direto, justifica a importância central dessa via na maioria das análises relacionadas à saúde: a saúde é parte fundamental do que as pessoas valorizam como uma boa vida; desempenha um papel fundamental nas teorias do bem-estar humano; e aparece com destaque nas discussões sobre bem-estar social.”

Como valor instrumental, os ganhos econômicos da longevidade e da redução do risco de mortalidade são benéficos, tanto para o indivíduo quanto para a sociedade. A melhoria da saúde implica que os indivíduos podem aumentar suas atividades. Além de desfrutar de maior longevidade e qualidade de vida, os indivíduos também “podem fazer mais de todas as coisas que desejam fazer como produzir bens e serviços, obter renda salarial, usufruir do lazer, do tempo com a família e os com amigos, além de outras formas de participação social e cultural (Lauer et al., 2017, p. 178).

Estima-se que cerca de 24% do crescimento econômico entre 2000 e 2011 em países de baixa e média renda resulte do valor das melhorias na saúde (Jamison et al, 2013, p. 1944, WHO, 2016a, p. 09). Um ano extra de expectativa de vida mostrou aumentar o PIB per capita em cerca de 4% (WHO, 2016a, p. 09). Em países com altas taxas de fecundidade, uma probabilidade reduzida de mortalidade infantil também pode influenciar positivamente as decisões familiares sobre planejamento familiar. Isso contribui para uma transição demográfica mais rápida e seus benefícios econômicos associados, muitas vezes chamados de “dividendo demográfico”. (WHO, 2016a, p. 09).

O “Caminho da produção econômica” se refere ao complexo industrial da saúde, isto é, a oferta de produtos farmacêuticos, médicos e nutricionais, insumos e bens de capital.

O paradigma -“ecossocial” – que evoluiu a partir do movimento ambientalista e da saúde pública, procura gerar um conjunto integrado de princípios e ligações entre saúde, meio ambiente, processos sociais e desenvolvimento econômico que fossem úteis para a investigação e para a ação pública (Freitas, 2003; Porto e Martinez-Alier 2007; Krieger, 2001). Com isso, a saúde pública passou ...

“...a incorporar, além da biomédica restrita, dimensões políticas, econômicas, culturais e ecológicas na compreensão dos problemas de saúde das populações, vistos cada vez mais como fenômenos complexos e multidimensionais, exigindo novas estratégias de intervenção.” (Porto e Martinez-Alier, 2007, p. 504).

Entretanto, o sistema de saúde não apenas elimina fatores de empobrecimento, como, também, cria vetores de enriquecimento. Além dele próprio ser um segmento produtivo dinâmico e inovador capaz de criar oportunidades profissionais e de negócios e elevar a demanda e a oferta de produtos e serviços, também aumenta a produtividade geral da economia e a inclusão econômica (WHO, 2016b, p. 15; Buchan, Dhillion e Campbell, 2017, p. xviii e Boyce and Brown, 2016, p. 01 e 02).

Os sistemas de saúde são importantes demandantes de serviços e produtos, proporcionando negócios às empresas locais. Na União Europeia (UE), o poder de compra do sistema chega a 2 trilhões de euros por ano (14% do produto interno bruto), segundo Boyce e Brown (2016, p. 02). Assim, desempenham um papel importante como campo fértil para a inovação e diversificação econômica, como sugere o “caminho da inovação e diversificação”

O “Caminho da segurança sanitária”, diz respeito à disponibilidade de vigilância sanitária e respostas às epidemias. Assim, promove uma segurança social e econômica sem a qual não seria possível obter crescimento econômico sustentável. Os investimentos no sistema de saúde têm efeitos indiretos que aumentam o crescimento econômico inclusivo (Buchan, Dhillion e Campbell, 2017, p. xviii e Boyce and Brown, 2016, p. 01), a criação de empregos e os ganhos de produtividade em outros setores. Por consequência, é preciso interpretar os impactos da saúde sob a perspectiva da complexidade sistêmica da atividade econômica.

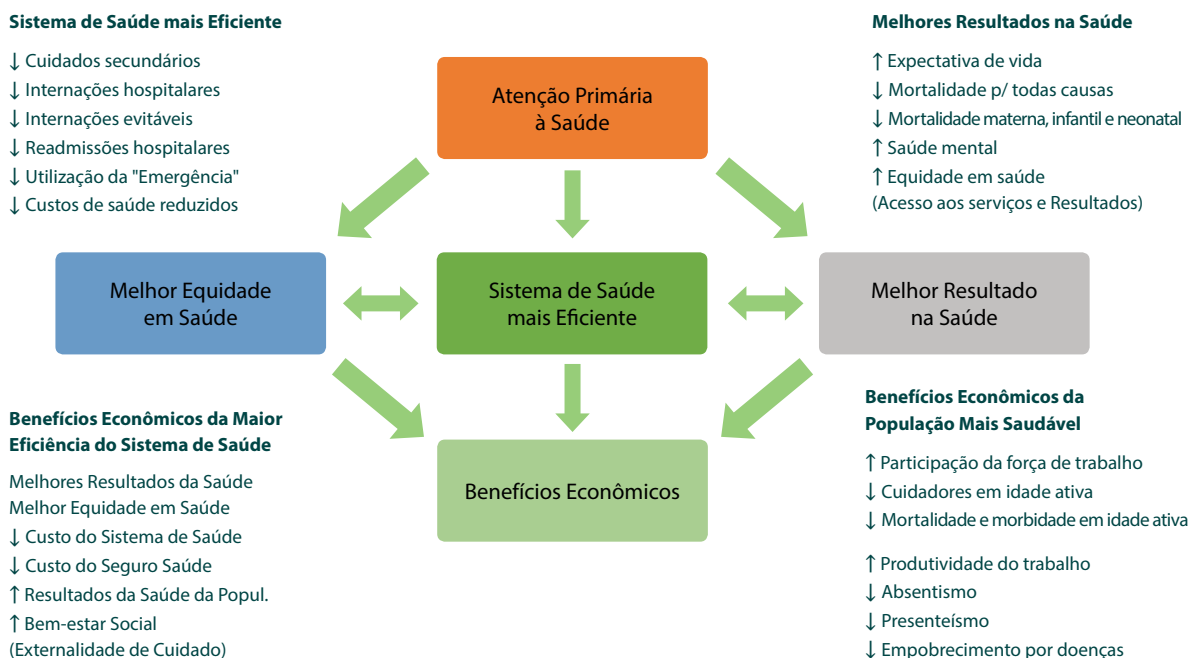
Aperfeiçoamentos e melhores práticas no atendimento à saúde elevam a produtividade geral da economia beneficiando seu crescimento e qualidade de vida. A renda das famílias cresce com salários maiores e seus gastos com medicamentos, aparelhos e produtos farmacêuticos reduzem. Ademais, como afirmou a Comissão de Macroeconomia e Saúde (CMH) da Organização Mundial de Saúde, nações com estruturas demográficas mais “maduras” apresentam maiores volumes de poupança do que os países com populações mais jovens (Sachs, 2001). Desse modo, a ampliação da longevidade saudável eleva o nível da poupança e, por consequência, o volume de investimento e o crescimento econômico. No sentido oposto, um agravamento da saúde da população provoca um efeito deletério sobre a economia como vimos acima.

Por fim, os “Caminhos da proteção e da coesão social” nos remetem ao fato de que o setor oferece emprego digno e segurança. Muitos desses empregos podem atender populações remotas, vulneráveis, rurais, carentes, jovens e mulheres. Ou seja, além de oferecer postos de trabalho, também promove a melhoria da qualidade de vida em regiões carentes.

## DETALHAMENTO DOS IMPACTOS

Segundo a WHO, “Evidências poderosas sugerem que a Atenção Primária à Saúde (APS) (*Primary Health Care* - PHC), pode produzir uma série de benefícios econômicos por meio de seu potencial para melhorar os resultados de saúde, a eficiência do sistema de saúde e a equidade em saúde” (WHO, 2018c, p. 02). Por exemplo, pode mitigar o custo do sistema de saúde reduzindo o total de internações (Kringos, 2012, WHO, 2018c) (testes de diagnóstico, prescrição, procedimentos), de readmissões e do uso de serviços de emergência como pode ser sintetizado na figura abaixo:

Figura 4: Estrutura conceitual para o caso econômico para o investimento na APS (PHC)



Fonte: WHO, 2018c, p. 07.

Segundo diversas publicações especializadas, o aumento do investimento ou da eficiência no sistema de saúde pode ter vários tipos de impactos; nem todos, entretanto, são conhecidos. É necessário desenvolver estudos para desvendar quais aspectos das várias áreas da saúde têm maior potencial para maximizar os benefícios econômicos. Também é necessário superar restrições metodológicas como a falta de definições padronizadas, carência de dados e dificuldades para isolar os impactos (WHO, 2018c, p. 02). Tais limitações "leva a uma incerteza significativa na tentativa de quantificar os benefícios econômicos (WHO, 2018c, p. 05).

Do ponto de vista geral, inversões no sistema de saúde e, sobretudo, em boas práticas, podem impactar a economia melhorando os seguintes fatores:

1. Aumento da **Expectativa de vida**
2. Redução da **Mortalidade** por todas as causas (Starfield, Shi e Macinko 2003 e 2005; Shi et al., 2003),
3. Redução da **Mortalidade materna**,
4. Redução da **Mortalidade infantil e neonatal**
5. Melhoria na **saúde mental**
6. Redução da **mortalidade e morbidade** em idade ativa
7. Geração de **empregos dignos** (WHO, 2016b, p. 11 e 12; Buchan, Dhillon e Campbell, 2017, p. xix, 04 e 27)
8. Geração de **empregos dignos para mulheres e jovens** (WHO, 2016b, p. 11 e 12; Buchan, Dhillon e Campbell, 2017, p. xix, 04 e 27)
9. Redução nos **custos de segurança social**
10. Redução do número de **cuidadores** em idade ativa
11. Aumento da **produtividade** da força de trabalho (Lauer et al., 2017, p. 178)
12. Redução do **empobrecimento** associado a problemas de saúde
13. Redução da **Invalidez** (Lauer et al., 2017, p. 178)

14. Aumento do **envolvimento da força de trabalho**
15. Aumento da **quantidade de trabalhadores** (Lauer et al., 2017, p. 178)
16. Aumento da **qualidade dos trabalhadores** (Lauer et al., 2017, p. 178)
17. Redução do **absentismo** (Lauer et al., 2017, p. 178; Jack e Lewis, 2009)
18. Redução do **presenteísmo** (Lauer et al., 2017, p. 178; Jack e Lewis, 2009)
19. Acumulação de **Capital Humano** (Jack e Lewis, 2009, p. 07)
20. Acumulação de **Capital Físico** com redução de gastos com saúde (Jack e Lewis, 2009, p. 07)
21. Aumento do **Bem-estar social**/externalidade de cuidado

Como consequência dos fatores acima é possível inferir que esses benefícios geram impactos secundários como a redução dos principais fatores de empobrecimento e da vulnerabilidade econômica; além de promover o consumo, a poupança e o crescimento econômico sustentável. (WHO, 2016a, p. 21; Buchan, Dhillon e Campbell, 2017, p. xv e 173 e Boyce and Brown, 2016, p. 01). Do mesmo modo, favorece a coesão social e a estabilidade política com a inclusão econômica, sobretudo, para as mulheres, os jovens e os mais pobres (WHO, 2016a, p. 25; WHO, 2016b, p. 15; Buchan, Dhillon e Campbell, 2017, p. xix). Ademais, tem funções importantes na dinâmica econômica ao estimular a inovação e diversificação produtiva em genética, bioquímica, engenharia e tecnologia da informação (WHO, 2016a, p. 22).

Segurança em saúde através da criação de sistemas de saúde resilientes essenciais para proteção da economia de ameaças epidêmicas que possam isolar países levando a interrupções no comércio (WHO, 2016a, p. 22). Sobre esse cenário de fundo a Covid-19 colocou em destaque o papel imperioso dos profissionais de saúde para a manutenção da sociedade e da economia. Pouco antes da pandemia James Buchan, James Campbell e Ibadat Dhillon do *Health Workforce Department da World Health Organization* na Dinamarca e Suíça, talvez pressagiando o que viria a acontecer afirmaram que:

“O que é igualmente importante, e agora está recebendo cada vez mais reconhecimento, é que **não pode haver economia nacional ou global viável sem investimento efetivo na força de trabalho da saúde**. Isso reflete a mudança geral de paradigma de um modelo que enquadra a prestação do sistema de saúde e o emprego em saúde como um “custo da doença” para um em que a contribuição da saúde para o bem-estar econômico e social é mais plenamente reconhecida” (Buchan, Dhillon e Campbell, 2017, p. xvi. Grifo nosso).

“A segunda década do século XXI está sendo caracterizada pela preocupação com a sustentabilidade de sistemas de saúde, em que a capacidade de se manter benefícios em saúde ao longo do tempo é determinante para a qualidade da atenção” (Brasil, 2014). Não por acaso, os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável destacam a cobertura universal de saúde, que significa “garantir que todas as pessoas e comunidades possam usufruir dos serviços promotores de saúde, preventivos, curativos, de reabilitação e paliativos de que necessitam, com qualidade suficiente para serem eficazes, garantindo, em simultâneo, que o uso desses serviços não colocará o utente em dificuldades financeiras” (WHO, 2020, p. 05).

## CONCLUSÃO

Para a OMS os Serviços de Saúde, no futuro, devem ser inclusivos. Todos deverão ter acesso a serviços de saúde seguros, eficazes, oportunos, eficientes e de qualidade aceitável. Para chegar a esse objetivo, o fator fundamental são os profissionais da saúde.

Na perspectiva desse texto, a avaliação da contribuição da força de trabalho em saúde é ampla devendo incluir seu impacto na dinâmica econômica. Os gastos na força de trabalho em saúde devem ser vistos como um investimento na saúde, segurança e na geração de riqueza, não como um custo. Em conjunto, e apoiando os trabalhadores da saúde, a infraestrutura de hospitais e clínicas, a rede de formação técnica e superior e o

Complexo Industrial de materiais médico-hospitalares formam o que poderíamos chamar de “subsistema da saúde”. Sem ele, todo o sistema produtivo moderno ruiria na próxima pandemia de alta letalidade.

O sistema de saúde beneficia a qualidade e a quantidade da oferta do mercado de trabalho gerando um aumento do nível de produtividade econômica. Além desses impactos, “A promoção da saúde contribui para uma visão de um mundo onde as pessoas desfrutam de uma vida saudável e bem-estar, e vivem em um ambiente saudável, seguro e solidário como membros de uma sociedade inclusiva” (WHO, 2022a, p. 01).

## REFERÊNCIAS

1. ARCAND, J. L.; ARAUJO, E. C.; MENKULASIC, G.; WEBER, M. Health sector employment, health care expenditure and economic growth: what are the associations? Washington DC: World Bank (in press).
2. BAUMOL, William J.. The Cost Disease: Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't. New Haven: Yale University Press, 2012.
3. BOYCE, Tammy and BROWN, Chris. Economic and SOCIAL Impacts And Benefits Of Health Systems. Geneva, Switzerland: WHO; 2016.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas : Diretriz de Avaliação Econômica / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
5. BUCHAN, James; DHILLON, Ibadat S., CAMPBELL, James, editors. Health Employment and Economic Growth: An Evidence Base. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
6. CHEN, Lincoln & EVANS, Timothy & ANAND, Sudhir & Boufford, Jo & Brown, Hilary & Chowdhury, Ahmed & Cueto, Marcos & Dare, Lola & Dussault, Gilles & Elzinga, Gijs & Fee, Elizabeth & Habte, Demissie & Hanvoravongchai, Piya & Jacobs, Marian & Kurowski, Christoph & Michael, Sarah & Pablos-Mendez, Ariel & Sewankambo, Nelson & Solimano, Giorgio & Wibulpolprasert, Suwit. (2004). Human resources for health: Overcoming the crisis. *Lancet*. 364. 1984-90. 10.1016/S0140-6736(04)17482-5.
7. FREITAS, Carlos Machado de. Problemas ambientais, saúde coletiva e ciências sociais. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2003, v. 8, n. 1, pp. 137-150.
8. GLOBAL FORUM FOR HEALTH RESEARCH. The 10/90 Report on Health Research 2003-2004. Geneva , Switzerland: GFHR, 2004. Available from: <https://www.files.ethz.ch/isn/17141/1090.04.pdf>.
9. GLOBAL FORUM FOR HEALTH RESEARCH. The 10/90 Report on Health Research 2001. Geneva , Switzerland: GFHR, 2001-2002. Available from: [https://www.files.ethz.ch/isn/20296/1090.02\\_full\\_text.pdf](https://www.files.ethz.ch/isn/20296/1090.02_full_text.pdf).
10. HARTWIG, Jochen. (2008). What drives health care expenditure?—Baumol's model of 'unbalanced growth' revisited. *Journal of Health Economics*, 27(3), 603-623. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2007.05.006>.
11. HARTWIG, Jochen. Can Baumol's Model of Unbalanced Growth Contribute to Explaining the Secular Rise in Health Care Expenditure? ETH Zurich Research Collection, Working Paper, 2007. Doi: <https://doi.org/10.3929/ethz-a-005502972>.
12. JACK, William; LEWIS, Maureen. Health Investments and Economic Growth Macroeconomic Evidence and Microeconomic Foundations. World Bank, Commission on Growth and Development, 2009. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/4072/WPS4877.pdf>.
13. JAMISON, Dean T.; SUMMERS Lawrence, H.; ALLEYNE, George; ARROW, Keneth, J.; BERKLEY, Seth, BINAGWAHO, Agnes, et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet*. 2013 Dec 7;382(9908):1898-955. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62105-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62105-4) PMID:24309475.
14. KRIEGER, Nancy. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiol*, 2001, v. 30, pp. 668-77.
15. KRINGOS, Dionne S., BOERMA Wienke, VAN DER ZEE Jjouke, GROENEWEGEN, Peter. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff (Millwood)*. 2013 Apr;32(4):686-94. doi: 10.1377/hlthaff.2012.1242. PMID: 23569048.
16. LAUER, Jeremy, SOUCAT, Agnès, ARAUJO, Edson, WEAKLIAM, David. Pathways: the health system, health employment, and economic growth. In: Buchan J, Dhillon I, Campbell J, editors. Health employment and economic growth: an evidence base. Geneva: World Health Organization; 2017.

17. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. (2015), Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264233386-en>.
18. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. better policies for better lives. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2016. Available from: <https://www.oecd.org/about/47747755.pdf>.
19. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Health Expenditure. OECD: 2022a. Available from: <https://www.oecd.org/els/health-systems/health-expenditure.htm>.
20. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. OECD.Stat. Health Expenditure and Financing. OECD: 2022b. Available from: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9#>.
21. PANZER, John and SAKHO, Seynabou (coord.); ZAFAR, Ali; TALATI, Cyrus; and GRAHAM, Errol. 2014-2015 West Africa Ebola Crisis: Impact Update. World Bank, 2015. Available from: <https://www.worldbank.org/en/topic/macroeconomics/publication/2014-2015-west-africa-ebola-crisis-impact-update>.
22. PERRY, H, ZULLIGER, R. How effective are community health workers? An overview of current evidence with recommendations for strengthening community health worker programs to accelerate progress in achieving the health-related Millennium Development Goals. 2012. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250040/9789241511285-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. PORTO, Marcelo Firpo and MARTINEZ-ALIER, Joan. Ecologia política, economia ecológica e saúde coletiva: interfaces para a sustentabilidade do desenvolvimento e para a promoção da saúde. Cad. Saúde Pública [online]. 2007, v. 23, suppl. 4.
24. SACHS, Jeffrey. Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Commission on Macroeconomics and Health, World Health Organization. Geneva, Switzerland: WHO, December 2001.
25. SHI, Leiyu; MACINKO, James; STARFIELD, Barbara; WULU, John, REGAN, Jerri, POLITZER Robert. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US States, 1980–1995. J Am Board Fam Pract. 2003.
26. STARFIELD, Barbara, SHI, Leiyu, MACINKO, James. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83(3):457-502. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x. PMID: 16202000; PMCID: PMC2690145.
27. STARFIELD, Barbara, SHI, Leiyu, MACINKO, James. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. Health Serv Res. 2003;38:831–65.
28. STARFIELD, Barbara. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. Gac Sanit. 2012.
29. UNITED NATIONS. High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Terms of reference. <https://www.who.int/groups/high-level-commission-on-health-employment-and-economic-growth/about>.
30. WORLD BANK. World Bank national accounts data, and OECD National Accounts data files. GDP (current US\$). Worldbank, 2022b. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD>.
31. WORLD BANK. World Development Indicators (WDI) is the primary. Gross domestic product 2021. Worldbank, 2022a. <https://databankfiles.worldbank.org/data/download/GDP.pdf>.
32. WORLD BANK. World Development Indicators. Size of the economy. EUA: World Bank, 2022c. Available from: <http://wdi.worldbank.org/table/WV.1>.
33. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Final Report of the Expert Group High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Geneva, Switzerland: WHO, 2016b. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250040/9789241511285-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
34. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016c. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/978924151131-eng.pdf>
35. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care]. Geneva, Switzerland: WHO; 2018b.
36. WORLD HEALTH ORGANIZATION. HIGH-LEVEL COMMISSION ON HEALTH EMPLOYMENT AND ECONOMIC GROWTH. Working for health and growth. Investing in the health workforce Geneva, Switzerland: WHO; 2016a. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250047/9789241511308-eng.pdf?sequence=1>.
37. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Geneva, Switzerland: WHO, 2020.

38. WORLD HEALTH ORGANIZATION. On Primary Health Care. Building the economic case for primary health care: a scoping review. Geneva, Switzerland: WHO, 2018c.
39. WORLD HEALTH ORGANIZATION. World health report 2006: working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006 ([http://www.who.int/whr/2006/whr06\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf?ua=1), accessed 20 October, 2022).
40. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Health Workforce Alliance, World Health Organization. Global experience of community health workers for delivery of health related millennium development goals - a systematic review, country case studies, and recommendations for integration into national health systems. Geneva:World Health Organization. 2010. <https://chwcentral.org/wp-content/uploads/2013/07/Global-Experience-of-Community-Health-Workers-for-Delivery-of-Health-Related-Millennium-Development-Goals.pdf>.
41. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Bending the trends to promote health and well-being: a strategic foresight on the future of health promotion. Geneva, Switzerland: WHO, 2022a.
42. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Monitoring progress on universal health coverage and the health-related Sustainable Development Goals in the WHO South-East Asia Region: 2022 update. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2022b.
43. XU, KE; EVANS, David B.; CARRIN, Guido; AGUILAR-RIVERA, Ana M.; MUSGROVE, Philip; EVANS, Timothy. Protecting households from catastrophic health spending. Health Aff (Millwood). 2007 Jul-Aug;26(4):972-83. doi: 10.1377/hlthaff.26.4.972. PMID: 17630440.