



## SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE ESPANHOL E JUDICIALIZAÇÃO: LIMITES INSTITUCIONAIS À TUTELA JURISDICIONAL DE DIREITOS SOCIAIS

### *THE SPANISH NATIONAL HEALTH SYSTEM AND JUDICIALIZATION: INSTITUTIONAL LIMITS ON THE JUDICIAL ENFORCEMENT OF SOCIAL RIGHTS*

**LOURENÇO DE MIRANDA FREIRE NETO**

Professor da Faculdade de Direito da Universidade Presbiteriana Mackenzie, *campus* Alphaville. Doutor em Direito Político e Econômica pela Universidade Presbiteriana Mackenzie, em regime de cotutela e dupla titulação na Universidade de Salamanca. Mestre em Direito pela Universidade Católica de Pernambuco.

**ZÉLIA LUIZA PIERDONÁ**

Professora da Faculdade de Direito da Universidade Presbiteriana Mackenzie, vinculada à Graduação e ao Programa de Pós-graduação em Direito Político e Econômico. Doutora em Direito do Estado pela PUC/SP. Mestre em Direito das Relações Sociais, também pela PUC/SP. Realizou estágio de pós-doutorado na Universidade Complutense de Madri.

#### **RESUMO**

O panorama espanhol compreende um Estado com sólida oferta de serviços públicos, em especial nas áreas da seguridade social. No específico tema da saúde pública, a Espanha estruturou um sistema de financiamento público, universal, de atenção integral e gratuito. Tendo características próximas ao Sistema Único de Saúde brasileiro, pretende-se, no presente trabalho, analisar se aquele sistema também está permeado por judicialização. Com isso, levanta-se o seguinte problema: na Espanha o fenômeno da judicialização da saúde tem sido intenso como no Brasil? Acredita-se que a enorme deferência ao modelo de separação de poderes, faz a Espanha limitar a judicialização das políticas públicas de saúde. Diante disso, o presente artigo objetiva, de maneira geral, analisar o fenômeno da judicialização da saúde na Espanha. Em específico, pretende-se descrever a formação do estado de bem-estar social europeu, analisar a construção do sistema de saúde espanhol e compreender o comportamento institucional em cenários de escassez de recursos para efetivação do acesso à saúde pública. Para tanto, desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa, com abordagem, quanto à lógica de raciocínio, sistêmica e procedimentos de revisão bibliográfica e análise comparativa.

**Palavras-chave:** Bem-estar social europeu; Sistema de saúde pública espanhol; Judicialização da saúde na Espanha.





## ABSTRACT

The Spanish landscape comprises a state with a robust public service offering, particularly in the area of social security. Specifically regarding public health, Spain has structured a universal, with comprehensive care standard, and free publicly funded health system. Sharing characteristics similar to Brazil's Unified Health System (SUS), this work aims to analyze whether that system is also permeated by judicialization. This raises the following question: in Spain, is the phenomenon of health judicialization as intense as in Brazil? It is believed that the strong deference to the separation of powers model limits the judicialization of public health policies in Spain. Therefore, this article aims, in general, to analyze the phenomenon of health judicialization in Spain. Specifically, it intends to describe the formation of the European welfare state, analyze the construction of the Spanish health system, and understand institutional behavior in scenarios of resource scarcity for the effective access to public health. To this end, a qualitative research approach was developed, employing a systemic reasoning logic and procedures of bibliographic review and comparative analysis.

**Keywords:** European welfare state; Spanish public health system; The judicialization of healthcare in Spain.

## 1 INTRODUÇÃO

Efetivar direitos sociais, isto é, levar o prometido nos textos constitucionais e legais para o dia a dia dos cidadãos é um processo arraigado de historicidade e implementação progressiva, uma vez que dependente de financiamento advindo de receitas públicas.

O continente europeu, em especial a Europa Ocidental, é constantemente lembrado como modelo de construção de um Estado de bem-estar social, garantidor de uma gama de direitos sociais às suas populações, como é o caso dos seus sistemas de seguridade social, incluindo o direito à saúde pública.

Em virtude disso, busca-se, no presente trabalho, compreender como se deu a experiência espanhola na construção do direito à saúde, bem como de que forma a Europa Ocidental tem lidado com a preservação de um modelo de Estado de bem-estar social, mesmo diante de tempos de escassez econômica.

Será analisado, ainda, se eventuais necessidades de redução das cadeias de proteção social desaguam em processos judiciais e como a Espanha lida com a judicialização do acesso à saúde, ou seja, em que medida o Estado espanhol aceita a intervenção judicial na formulação e execução de suas políticas públicas sanitárias.

Para a realização do trabalho, utilizou-se da pesquisa qualitativa, com abordagem sistêmica e procedimentos de revisão bibliográfica e análise comparativa.





## **2 EXPERIÊNCIA ESPANHOLA NA CONSTRUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE**

A trajetória espanhola na consecução de um direito à saúde encontra o seu auge com a Constituição Espanhola de 1978, que definiu o Estado espanhol como social e democrático de Direito. Diante disso, antes de 1978, as menções a um direito sanitário eram bastante tímidas, verificadas na Constituição de 1812 e na Constituição de 1931, além da lei fundamental do regime ditatorial de Franco<sup>1</sup>.

A Constituição de Cádiz de 1812 é a primeira a fazer menção a um direito à saúde, quando inclui, dentre outros preceitos, a competência municipal para gerir a autoridade sanitária e cuidar dos hospitais, hospícios, asilos e outros estabelecimentos de caridade (artigo 321, 1º e 6º). Ainda assim, trata-se de um período de predomínio da caridade privada, que vai, paulatinamente, sendo substituída pela ação do poder público<sup>2</sup>.

Em 28 de novembro de 1855, a Lei da Saúde introduz a divisão entre saúde interior e exterior, além de estabelecer medidas para controle da saúde pública voltada às doenças infectocontagiosas, incluindo o dever de informar às autoridades municipais focos de enfermidades. Já em 1873, a Instrução Geral de Saúde inicia o processo de coordenação entre ações públicas e de particulares, além de, em 1885, outra Instrução Geral de Saúde declarar públicos os estabelecimentos de caridade privada que sejam sustentados pelos governos. Por sua vez, a Instrução Geral de Saúde de 1904 estrutura uma organização administrativa e de gestão da saúde pública mais ampla, incluindo Colégios Profissionais, Hospitais, Institutos Oficiais, Juntas Municipais e Provinciais de Saúde<sup>3</sup>.

A Constituição de 1931, por sua vez, adensa algumas previsões como fruto das reivindicações sociais do período entre guerras. Nela há menção expressa à competência exclusiva do Estado espanhol para a execução direta da defesa sanitária, quando afete a interesses extrarregionais (artigo 14, 15ª); o dever do Estado espanhol construir a legislação sanitária e a possibilidade das regiões autônomas

1 EUROPEAN PARLIAMENT. Directorate-General for Parliamentary Research Services, González-Trevijano Sánchez, P. El derecho a la salud, una perspectiva de derecho comparado: España. Oficina de Publicaciones, 2021.

2 PÉREZ, José Luis Monereo; INIESTA, Guillermo Rodríguez (Dir.). Tratado de derecho de la seguridad social. T. 1. Murcia: Ediciones Laborum, 2017.

3 Idem.





executarem as bases mínimas da política sanitária (artigo 15, 7<sup>a</sup>); a obrigação do Estado prestar assistência aos enfermos e anciãos (artigo 43, parágrafo sexto)<sup>4</sup>.

No Regime Ditatorial de Franco, houve um reconhecimento expresso do direito à saúde como prestação estatal, com o dever do Estado espanhol garanti-lo, expresso no documento que fazia funções de lei fundamental do regime, denominado Fuero de los Españoles de 1945 (artigo 28) e também como integrante da Lei de Princípios do Movimento Nacional (princípio XII) <sup>5</sup>.

Há a criação da Lei de Bases da Saúde Nacional de 25 de novembro de 1944, que atribui ao Estado a função de prover saúde pública, com a colaboração de corporações locais, entidades não governamentais e particulares; reforça os cuidados com a medicina preventiva; institui combates a patologias específicas; reorganiza a assistência materno-infantil e o corpo médico de saúde nacional<sup>6</sup>.

Por sua vez, a Lei 193, de 28 de dezembro de 1963, institui as Bases da Seguridade Social e se torna o marco da construção de um sistema de assistência à saúde tendente à universalidade, embora dependente, para tanto, de se atingir o pleno emprego, já que vinculado à proteção dos trabalhadores, o que impõe imediatas carências e problemas para uma efetiva universalização<sup>7</sup>.

Nesse período a Espanha conviveu com um modelo de seguro obrigatório de enfermidades para todos os trabalhadores assalariados e seus familiares, que, além de contar com aportes governamentais, tinha custeio dividido entre empregado e empregador, que efetuava o pagamento da parcela e descontava do funcionário sua parte equivalente. O referido seguro, garantia a assistência médica geral e especializada, assistência farmacêutica e prestação econômica de 50% a 100% da renda do trabalhador incapacitado de exercer regularmente suas funções pelo problema de saúde por período superior a sete dias.

O modelo securitário foi substituído pela visão de que o direito à saúde era um direito social de todos os cidadãos, consagrado pela Constituição de 1978 e pelo atual Sistema Nacional de Saúde da Espanha<sup>8</sup>. Com a exposição dos passos dados

4 EUROPEAN PARLIAMENT. Directorate-General for Parliamentary Research Services, González-Trevijano Sánchez, P. El derecho a la salud, una perspectiva de derecho comparado: España. Oficina de Publicaciones, 2021.

5 Idem.

6 BEJARANO, Macarena Hernández. La ordenación sanitaria en España. Navarra: Thomson Aranzadi, 2004.

7 Idem.

8 Idem.





pelo Estado europeu para a construção do seu sistema de saúde, além das demais influências europeias, cumpre ainda detalhar o funcionamento do atual Sistema Nacional de Saúde da Espanha.

No entanto, antes de tratar do atual modelo de saúde espanhol, será analisado como os Estados europeus têm se comportado para manutenção dos seus históricos paradigmas de bem-estar social. Isso é, qual é o panorama dos direitos sociais na Europa Ocidental, em tempos de escassez financeira, e a evolução da proteção à saúde em outros países relevantes da União Europeia e do Reino Unido.

### **3 A CONSTRUÇÃO DO ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL E O PANORAMA DOS DIREITOS SOCIAIS NA EUROPA OCIDENTAL EM TEMPOS DE CRISE**

A teoria liberal é produto do pensamento de diversos autores, que ganharam relevância após o adensamento das relações comerciais que carregaram a prevalência de uma figura, com cada vez mais relevo na sociedade, o mercado. A ideia liberal clássica valoriza e preserva os interesses privados por acreditar que são eles que conduzem ao interesse coletivo:

Portanto, sem qualquer intervenção da lei, os interesses privados e as paixões dos homens levam-nos, naturalmente, a dividirem e a distribuírem o capital de qualquer sociedade entre os diferentes empregos com ele realizados, tanto quanto possível, na proporção mais vantajosa para o interesse de toda a sociedade. As várias regulamentações do sistema mercantil vêm, necessariamente, perturbar esta distribuição natural e muito vantajosa do capital<sup>9</sup>.

Entretanto, a premissa de que as leis de mercado seriam capazes de garantir o pleno funcionamento das sociedades, começa a ser questionada em determinado momento histórico. O referido fato decorre da grande mudança social vivenciada no século XVIII, com o advento da Primeira Revolução Industrial e a consequente alteração da organização social. As indústrias trouxeram a possibilidade de produção de bens duráveis em larga escala, fazendo com que a divisão social passasse a viver a dicotomia entre os donos dos bens de produção, a ascendente burguesia, e os seus trabalhadores, o proletariado.

9 SMITH, Adam. A riqueza das nações. Trad. A. S. Lima. São Paulo: Martins Fontes, 2003, p. 443.





Em virtude disso, a luta dos trabalhadores por melhores condições laborais e de proteção social é adensada, já que os ambientes de produção agregam esses grupos por meio do “chão de fábrica”. Sua melhor capacidade de coordenação, aliada às percepções de deficiências de mercado, pela incapacidade de garantia de direitos sociais, faz eclodir ações reivindicatórias aptas a transformarem o próprio modelo de Estado, pela força dessas lutas sociais e, ainda, pelas concessões das nações capitalistas, temerárias com o avanço do socialismo no mundo<sup>10</sup>.

Diante ainda da grave Crise de 1929, “imperfeições do liberalismo, associadas à incapacidade de autorregulação dos mercados, conduziram à atribuição de novas funções ao Estado”<sup>11</sup>. Assim, no próprio berço do capitalismo liberal, surgem teorias e programas que delimitarão a assunção dessas funções, como o “New Deal”, nos Estados Unidos da América, e as ideias do economista britânico John Maynard Keynes, para quem os interesses particulares podem se desviar e “produzir resultados diretamente opostos aos pretendidos”<sup>12</sup>. Vive-se, portanto, a passagem do Estado Liberal para o Estado Social:

As Constituições elaboradas após o final da Primeira Guerra Mundial têm algumas características comuns, como a declaração, ao lado dos tradicionais direitos individuais, dos chamados direitos sociais, ou direitos de prestação: direitos ligados ao princípio da igualdade material que dependem de prestações diretas ou indiretas do Estado para serem usufruídos pelos cidadãos. Estas novas Constituições consistem em uma tentativa de estabelecer uma democracia social, abrangendo dispositivos sobre a ordem econômica e social, família, educação e cultura, bem como instituindo a função social da propriedade. As concepções sociais ou socializantes, assim como a determinação de princípios constitucionais para a intervenção estatal nos domínios social e econômico, são, assim, consideradas fundamentos do novo “constitucionalismo social” que se estabelece em boa parte dos Estados europeus e alguns americanos<sup>13</sup>.

Surge um modelo de Estado que ficou conhecido como Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*). Esse paradigma ganha força no Continente Europeu, trazendo

10 CECATO, Maria Aurea Baroni; OLIVEIRA, Armando Albuquerque de. Direitos Sociais: do Estado Liberal ao Estado Social. In: *Prima Facie: Direito, História e Política* [Recurso eletrônico] / Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Jurídicas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas. João Pessoa: PPGCJ, v. 15, n. 29, maio/ago, p. 130-152. 2016.

11 GRAU, Eros Roberto. *A Ordem Econômica na Constituição de 1988*. 14. ed. rev e atual. São Paulo: Malheiros Editores, 2010, p. 20

12 KEYNES, John Maynard. *A teoria geral do emprego, do juro e da moeda*. Trad. Mário R. da Cruz. São Paulo: Nova Cultura, 1996, p. 313.

13 BERCOVICI, Gilberto. *Entre o Estado Total e o Estado Social: atualidade do debate sobre direito, Estado e economia na República de Weimar*. 2003. 172 p. Tese (Livre Docência em Direito Econômico e Financeiro) – Departamento de Direito Econômico e Financeiro, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003, p. 11.







para os textos das diversas novas Constituições dos Estados da Europa uma gama de direitos sociais, incluindo os direitos relacionados à seguridade social (saúde, previdência e assistência). Ademais, com a formação e consolidação da União Europeia, o direito comunitário também passa a regular as citadas questões.

Especificamente dentro da seguridade social, o Direito Europeu se subdivide em direitos de harmonização, destinado aos Estados Membros, com o objetivo de aproximar todas as legislações nacionais, e os direitos de coordenação, dedicados a resolver os conflitos entre leis, em virtude da movimentação dos cidadãos, como consequência da livre circulação de pessoas, garantindo proteção aos europeus fora do seu território nacional, de modo a não desencorajar o trânsito de pessoas pelo território europeu<sup>14</sup>. A referida harmonização pode ser verificada nas legislações dos principais países da comunidade europeia, porém com questionamentos, conforme se verifica abaixo:

De qualquer modo: grande ou pequena que seja a função positiva do estado (não só impedir mas também promover, não só proteger mas também exigir), a verdade é que já não basta mais a justiça comutativa (para retomar a distinção tradicional, sempre válida), que consiste em fazer corresponder ao bem (ou ao mal) realizado um bem (ou mal) igual e contrário com base no critério da igualdade aritmética. Para que uma sociedade qualquer permaneça reunida é preciso que se introduza também algum critério de justiça distributiva. Aqui, como todos sabem, começam as dificuldades. Distribuir: mas com qual critério? O debate atual sobre o estado social nasce da divergência de respostas a esta simples pergunta<sup>15</sup>.

Em Portugal, a saúde é responsabilidade do Estado e dos indivíduos, em um modelo misto com iniciativas estatais, sociais e privadas. O Serviço Nacional de Saúde abrange as instituições e serviços de saúde vinculados e dependentes do Ministério da Saúde; os subsistemas de saúde públicos de apoio, com entidades públicas que desenvolvem ações de promoção, prevenção e tratamento de saúde; e as entidades privadas e profissionais liberais, que poderão atuar vinculados ou não ao Serviço Nacional de Saúde. Trata-se de um modelo de saúde descrito como universal, geral e tendente à gratuidade, embora admitindo coparticipação dos cidadãos no seu custeio<sup>16</sup>.

14 BUJ, Remedios Roqueta; ORTEGA, Jesus García (Dirs.). Derecho de la seguridad social. 8. ed. Valência: Tirant lo Blanch, 2019.

15 BOBBIO, Norberto. O futuro da democracia. Tradução de Marco Aurélio Nogueira. 9. ed. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2004, p. 112.

16 SOUSA, Paulino Artur Ferreira de. O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. In: Acta Paulista de Enfermagem, 2009; v. 22 (Especial - 70 Anos), p. 884-894.





O SNS português é composto, na atenção básica, das Unidades de Saúde Pública, órgão gerencial que atua como observatório da saúde populacional; das Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados, que prestam serviços de administração dos serviços e encaminhamento à rede hospitalar; as Unidades de Saúde Familiar e de Cuidados de Saúde Personalizados, as quais atendem à população inscrita em determinada área geográfica, com médicos generalistas e especialistas, respectivamente; e as Unidades de Cuidados na Comunidade, com apoio psicológico e social domiciliar e comunitário, atendendo especialmente os grupos mais vulneráveis, população em situação de risco e com doenças que necessitem de acompanhamento mais direto.<sup>17</sup>

Na França, o *Assurance Maladie* (AM) garante a cobertura de despesas e cuidados, tendo como princípios a igualdade de acesso, a qualidade dos cuidados e a solidariedade, com cobertura total ou parcial dos custos de serviços de saúde providos tanto pelo setor público como por agentes privados, exonerando ou reembolsando os custos. Em média, o Estado Francês assegura 70% dos valores para consultas e exames laboratoriais; 80% para atendimento hospitalar; 60% para óptica, órteses e próteses e 100% para medicamentos, com o restante sendo custeado por seguro complementar ou pagamento direto pelos cidadãos<sup>18</sup>.

A cobertura complementar provém de alguns dispositivos distintos. No âmbito geral da *Protection Universelle Maladie* (PUMA) é garantido a todos os residentes legais o reembolso proporcional das despesas. Já por meio da *Couverture Maladie Universelle Complémentaire* (CMU-C), indivíduos com renda inferior a determinado patamar, variável por renda familiar e lugar de domicílio, tem afiliação gratuita a seguro complementar, custeado pelo Estado. Ainda pela *Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé* (ACS), pessoas com até 35% acima do teto para integrarem o CMU-C possuem seguro parcial assumido pelo Estado. Por fim, o *Aide Médicale de l'État* possui serviços próprios que assumem os custos integrais da saúde de imigrantes em situação irregular. Ponto importante do sistema é que a cobertura total, sem exigência de copagamento e qualquer que seja a renda familiar, aplica-se aos tratamentos de doenças permanentes ou de longo prazo.<sup>19</sup>

<sup>17</sup> Idem.

<sup>18</sup> CORDILHA, Ana Carolina; LAVINAS, Lena. Transformações dos sistemas de saúde na era da financeirização. Lições da França e do Brasil. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(7), p. 2147-2158, 2018.

<sup>19</sup> Idem.







Na Alemanha, o *Gesetzliche Krankenversicherung* (GKV) é um sistema pautado pela solidariedade e baseado no modelo de seguro social. A assistência médica é concedida por meio de seguros sociais de saúde, chamadas de caixas de doença, de livre escolha pelos empregados. O seguro social de saúde é pago com valor percentual da renda dos trabalhadores, com contribuição paritária do empregado e do empregador, sendo obrigatório para rendas inferiores a determinado patamar e abrange praticamente 90% da população. Os demais são atendidos pelos serviços privados ou seguros complementares<sup>20</sup>.

A descentralização é marcante, existindo tanto para entes estatais federados como para entidades não-governamentais. A saúde é dividida em dois grandes setores, o ambulatorial, sob responsabilidade de médicos prestadores de serviços integrantes da Associação Nacional de Médicos das Caixas e consultórios integrantes do GKV, e o hospitalar, coordenado pelo Governo Central, em parceria com os dezesseis Estados (*Bundesländer*). Além disso, o Ministério da Saúde atua exercendo o poder regulador no setor de saúde, incluindo a intensificação do estímulo à competição entre caixas de doença, maior ingresso de atores privados no sistema e instituição de coparticipação para equilibrar financeiramente o sistema.<sup>21</sup>

Ainda que atualmente fora da União Europeia, a Inglaterra tem um sistema pautado pela universalidade, integralidade e gratuidade. O chamado *British National Health System* (NHS) surgiu inicialmente em 1948, centrado nas figuras dos *general practitioners* (GP's), médicos dedicados à atenção primária, que serviam como porta de entrada obrigatória para o sistema de saúde. Há ainda os *NHS Walk-in Centres*, com atendimento de menor complexidade, complementar aos GP's; o *NHS Direct*, central telefônica vinte e quatro horas por dia, com direcionamento e informações por parte de enfermeiros; os *Care Trusts*, que vinculam a atenção à saúde com os cuidados de assistência social; os *Mental Health Trusts*, para tratamentos de saúde mental; os *NHS Trusts*, hospitais divididos em gerais, especializados e universitários; além de um serviço de transporte de pacientes chamado *Ambulance Trusts*.<sup>22</sup>

20 STEGMÜLLER, Klaus. O agir econômico como motor da política de saúde na Alemanha: consequências para a prevenção e promoção da saúde. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), p. 889-897, 2009.

21 Idem.

22 TANAKA, Oswaldo Yoshimi; OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. *Revista Saúde e Sociedade* v. 16, n. 1, p. 7-17, jan-abr 2007.





O sistema conta ainda com um serviço de redução de desigualdades regionais, com padronização de atendimento para todos os distritos, o *National Service Frameworks*; um instituto para produção e disseminação de protocolos clínicos padrões a serem cumpridos por todos os profissionais do NHS, o *National Institute for Clinical Excellence*; além de um instrumento para mitigar desigualdades das zonas com maior exclusão social, dando atenção especial apta a elevá-las ao mesmo patamar das demais regiões, o *Health Action Zones*.<sup>23</sup>

Feitos os panoramas dos sistemas de saúde, importante mencionar que mesmo as cadeias de proteção, dos referidos Estados Europeus, passaram em determinado momento recente por uma etapa de regressão. Verifica-se, assim, que a evolução do Estado Social encontra seu auge na Europa Ocidental de meados do século XX, com um pujante “Estado-Prestador”. O final do século XX, no entanto, fez eclodir a constatação de que o Estado, que assumiu tantos encargos, seria tomado pela incapacidade financeira e fiscal de promover, total ou parcialmente, o bem-estar social.<sup>24</sup>

Nesse contexto, nasce a percepção de que o Estado não pode ser o único agente motor do progresso social, surgindo uma lógica de subsidiariedade social. O excesso de intervenção pública, seguido de contextos de escassez financeiras e econômicas, trouxe a constatação que o Estado-Prestador expandiu sua atuação de tal maneira que o atendimento às necessidades coletivas de bem-estar foi levado a cabo apesar de serem ou não estritamente necessárias. Aquele Estado “apelidado de ‘Estado herói’ (heroischen Staates), que assumia a execução e promoção de tarefas hercúleas” vai passar “para um ‘Estado pós-herói’ menos interventivo, mas não menos empenhado”<sup>25</sup>:

Certamente a crítica ao Estado Fiscal é hoje um lugar comum. Do ponto de vista econômico, não parece ser o intervencionismo estatal a medida mais adequada para reativar a riqueza; e desde a perspectiva social, um estado paternalista não fomenta nada a longo prazo se não a passividade dos cidadãos. Parece, pois, que o Estado de bem-estar, degenerado em megaestado, em Estado Fiscal e, por último, em Estado Eleitoreiro, é hoje incapaz de encarnar na realidade social ao menos dois dos valores éticos que tem sido o estandarte da Modernidade: a igualdade e a liberdade. (...) O chamado Estado de Bem-Estar confundiu a proteção de direitos básicos com

23 WHYNES, David K. Towards an Evidence-Based National Health Service?. The Economic Journal, V. 106, N. 439, p. 1702-1712, Nov. 1996.

24 BOTELHO, Catarina Santos. Os direitos sociais em tempos de crise: ou revisitar as normas programáticas. Coimbra: Almedina, 2015.

25 Idem, p. 421.





a satisfação de desejos infinitos, medidos em termos de maior bem-estar ao maior número. Mas confundir a justiça, que é um ideal da razão, com o bem-estar, que o é da imaginação, é um erro pelo que podemos acabar pagando um alto preço: esquecer que o bem-estar tem que ser custeado às expensas de cada um, enquanto a satisfação dos direitos básicos é uma responsabilidade social de justiça, que não pode ficar exclusivamente em mãos privadas, logo segue sendo indispensável um novo Estado Social de Direito – um Estado de Justiça, não de bem-estar – alérgico ao megaestado, alérgico ao eleitoreiro e consciente que deve estabelecer novas relações com a sociedade civil<sup>26</sup>.

Não se advoga, portanto, o desmantelamento do Estado Social, mas sua transformação. Nessa seara, é importante analisar de que maneira o Poder Judiciário tem atuado nos países que experimentaram o auge do modelo de Estado de Bem-Estar Social, em especial na Espanha, diante de um contexto de regressão na assunção dessas tarefas sociais pelos Estados.

Ressalta-se, por fim, que esse trabalho comparativo, acerca da gestão dos assuntos públicos na União Europeia, contribui positivamente para o desenvolvimento da democracia e deriva de uma busca por resultados que permitam a interpretação, antecipação e adoção de políticas públicas em curso; o estabelecimento de mecanismos de controle, para o aprimoramento de tais políticas; além de permitir a formulação de rápidas prescrições a serem adotadas pelos Estados Europeus, notadamente o Estado Espanhol, em comparação com o Estado Brasileiro<sup>27</sup>. Nesse sentido, passa-se ao recorte específico de análise do atual Sistema Nacional de Saúde da Espanha, em uma análise comparativa com o modelo de Sistema Único de Saúde brasileiro.

## 4 O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE DA ESPANHA

Até a Constituição Espanhola de 1978 havia uma dicotomia entre saúde pública e assistência à saúde pelo sistema de seguridade social. O referido fato derivou de uma escolha política, incluindo a montagem do mencionado sistema de seguro saúde. Por outro lado, a bipartição não tinha razão técnica, tendo em vista que

26 CORTINA, Adela. Ciudadanos del mundo: hacia una teoría de la ciudadanía. 3. ed. Madrid: Alianza Editorial, 2009, p. 71; 77, tradução nossa.

27 JIMÉNEZ, Victoria Eugenia Plaza. La influencia de los lobbies en los poderes del Estado. 2020. Tese (Doutorado) – Departamento de Derecho Administrativo, Financiero y Procesal, Universidad de Salamanca, Salamanca, 2020.





ambos os sistemas acabavam por integrar um modelo de saúde majoritariamente financiado e gerido pelo Poder Público<sup>28</sup>.

Por sua vez, a Constituição de 1978 passou a reconhecer expressamente, em seus artigos 43 e 49, o direito de proteção à saúde como direito social inerente a todo cidadão espanhol, nos seguintes termos:

*Artículo 43*

1. *Se reconoce el derecho a la protección de la salud.*
2. *Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.*
3. *Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.*

*Artículo 49*

*Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos*<sup>29</sup>.

Por sua vez, a Lei 14, de 25 de abril de 1986, regulamenta a previsão constitucional no plano da legislação infraconstitucional, pretendendo unificar todas as cadeias públicas de proteção à saúde, integrando-as em um Sistema Nacional de Saúde, conforme dispõe o artigo 44, primeira parte: *“Todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud integrarán el Sistema Nacional de Salud”*, e segunda parte: *“El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en los términos establecidos en la presente Ley”*.<sup>30</sup>

Trata-se de um sistema de financiamento público, universal, de atenção integral, gratuito, descentralizado, com a participação da comunidade, em uma rede integrada ao sistema público de saúde.

O modelo de gestão do Sistema Nacional de Saúde da Espanha tem forte descentralização, considerando o papel de protagonismo das 17 Comunidades Autônomas, que atuam com bastante autonomia na gestão e estruturação desses diversos subsistemas; porém as municipalidades não têm tarefas tão relevantes. O

28 DÍAZ-CASTROVERDE, José M. Gómez y; LARRUGA, Javier Sanz (Dirs.); SANCHÉZ, Miguel Juane (Coord.). Lecciones de derecho sanitario. Corunha: Universidade da Coruña Servicio de Publicacións, 1999.

29 ESPANHA. Constitución Española de 1978. Disponível em <[https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con)>. Acesso em 03 jan. 2022.

30 ESPANHA. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Disponível em <<https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>>. Acesso em 03 jan. 2022.





Estado Nacional fica com a coordenação geral, as políticas de saúde com relações internacionais e a legislação sobre fármacos, sendo das Comunidades Autônomas as funções de planejamento, ações de saúde pública e políticas de assistência à saúde. Para manter a coesão do Sistema, há articulação por meio de um Conselho de Saúde, composto pelo Ministro da Saúde e por seus pares das Comunidades Autônomas.

## 5 INTERVENÇÕES JUDICIAIS EM DIREITOS SOCIAIS NA ESPANHA

A atual Constituição da Espanha tem previsões bastante semelhantes às encontradas na Constituição do Brasil, em termos de sistema de saúde, como já visto, bem como em relação à justiciabilidade de direitos. O artigo 24.1 é bastante claro nesse sentido: *“Todas las personas tienen derecho a obtener la tutela efectiva de los jueces y tribunales en el ejercicio de sus derechos e intereses legítimos, sin que, en ningún caso, pueda producirse indefensión”*<sup>31</sup>.

O juiz espanhol é igualmente visto como assegurador da democracia deliberativa; produtor de consenso e garantidor dos procedimentos de conciliação, mediação e pacificação social; assegurador de um processo integrador; garantidor do respeito ao princípio de freios e contrapesos; além de ser motor de transformação e evolução social.<sup>32</sup>

Apesar disso, o intenso fenômeno de judicialização da saúde pública não está presente no cotidiano do Estado espanhol, em cenário completamente diverso do que ocorre no Brasil. As posturas dos dois Poderes Judiciários não serão analisadas neste trabalho, uma vez que apenas serão investigadas as bases teóricas que amparam este cenário na Espanha: os limites da reserva do possível, da separação dos Poderes e da natureza dos direitos sociais, constatações que se repetem em outros Estados europeus, dada a força dessas concepções na doutrina jurídica europeia.

A Análise Econômica do Direito exige que deve-se analisar os direitos também sob a óptica dos seus custos, vez que “direitos não nascem em árvores”. Outrossim,

31 ESPANHA. Constitución Española de 1978. Disponível em <[https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con)>. Acesso em 30 jan. 2022.

32 TELLO, Pilar Jiménez; MALLOL, Manuel Ballbé. El juez como motor del cambio y de integración global. In: MUÑOZ, Jaime Rodríguez-Arana (Ed.). Cuestiones actuales del Derecho Público. Estudios en homenaje a la Dra. Irmgard Lepenies / Grupo de Investigación Derecho Público Global (UDC), p. 635-654, 2014.







há muito a doutrina alemã já construíra a necessária acepção de uma reserva constitucional da capacidade real de prestação por parte do Estado, absorvida na jurisprudência pela noção de “reserva do possível ou do razoável”, em relação ao que os cidadãos poderiam exigir do Estado. Voltando-se o conceito para a sua inicial relação com os custos dos direitos, o olhar para as condições financeiras e orçamentárias do Estado faz nascer a “reserva do financeiramente possível”<sup>33</sup>.

Compreende-se, no âmbito do Estado Social, a existência do limite constitucional da escassez de recursos. Diante disso, embora combatida pela utopia do populismo jurídico, a óbvia conclusão é de que em situações de escassez e crise orçamentária, de natureza conjuntural ou estrutural, será inevitável “o reequilíbrio na alocação de recursos escassos, medida que pode reduzir o alcance ou o ritmo de implantação da proteção de alguns direitos sociais em favor da sustentabilidade do sistema de proteção social”<sup>34</sup>.

Nesse sentido, o próprio Tribunal Europeu de Direitos Humanos, em diversas ocasiões<sup>35</sup>, já se posicionou no sentido de que eventuais cadeias de proteção social podem ser revistas em virtude de problemas econômicos e financeiros. Para a Corte de Estrasburgo, não existem no direito europeu “restrições à liberdade de o Estado Contratante decidir consagrar ou não um esquema de segurança social, ou de escolher o tipo ou montante de benefícios a providenciar”<sup>36</sup>. Nesse sentido,

(...), é usualmente atribuída ao Estado uma ampla margem de apreciação (...) quando em causa estão medidas de política económica ou social. Devido ao conhecimento direto da sua sociedade e das suas necessidades, as autoridades nacionais estão melhor posicionadas do que o juiz internacional para apreciar aquilo que será do interesse público em questões económicas ou sociais, e o Tribunal geralmente respeita a opção político-legislativa, a não ser que esta seja manifestamente desrazoável. Esta margem é ainda mais

33 BOTELHO, Catarina Santos. Os direitos sociais em tempos de crise: ou revisitar as normas programáticas. Coimbra: Almedina, 2015.

34 PIERDONÁ, Zélia Luiza, FRANCISCO, José Carlos; FREIRE NETO, Lourenço de Miranda. Direitos sociais em tempos de crise: vedação ao retrocesso social e moderação judicial. Revista Justiça Do Direito, 34(1), p. 57-75, 2020, p. 63.

35 Cf. Corte Europeia de Direitos Humanos, Queixas n. 62235/12 e 57725/12, 2a secção, 08.10.2013; Casos Skorkiewicz v. Polónia, n. 3960/98, 3a Secção, de 01.06.1999; Andrejeva v. Latvia, n. 55707/00, Grande Câmara, 18.02.2009; Carson e Outros v. Reino Unido, n. 42184/05, Grande Câmara, 16.03.2010; Kechko v. Ucrânia, n. 63134/00, 2a Secção, de 08.11.2005; Rasmussen v. Polónia, n. 388886, 4a Secção, de 28.07.2009; Panfile v. Roménia, n. 13902/11, 3a Secção, de 20.03.2012; Hutten-Czapska v. Polónia, n. 35014/97, Grande Câmara, 19.06.2006; Pentiacova e Outros 48 v. Moldávia, n. 14462/03, 4a Secção, 04.01.2005; Huc v. Roménia e Alemanha, n. 7269/05, 3a Secção, 01.12.2009; Koufaki e Adedy v. Grécia, n. 57665/12 e n. 57657/12, 1a Secção, 07.05.2013.

36 CEDH *apud* BOTELHO, Catarina Santos. Os direitos sociais em tempos de crise: ou revisitar as normas programáticas. Coimbra: Almedina, 2015, p. 466.







ampla quando os assuntos envolvem uma avaliação das prioridades tais como a alocação de recursos limitados do Estado<sup>37</sup>.

Note-se que o respeito da jurisdição comunitária, pelas escolhas político-legislativas dos Estados Europeus, caminha em conjunto com o primeiro importante elemento inibidor do intervencionismo judicial em matéria de formulação e execução de políticas públicas, em especial às relacionadas ao direito social à saúde, isto é, a mencionada reserva do financeiramente possível.

Assim, tem-se um segundo fator relevante a manter hígdas as decisões políticas dos Poderes Executivo e Legislativo, a saber, a valoração do princípio da separação dos poderes, como impeditivo do avanço do Poder Judiciário na formulação e execução de políticas públicas, funções estas típicas dos demais Poderes constituídos.

A jurisdição constitucional, em franca expansão, não pressupõe que o Poder Judiciário tem atribuições de colegislador, mas sim um papel de controle; a função de agir é reservada ao legislador, enquanto a de controlar compete à jurisdição constitucional. Se o órgão judicante passa a exercer papeis tipicamente políticos, tem-se a usurpação da função política, típica dos Poderes Legislativo e Executivo; o Tribunal Constitucional é guardião da Constituição, não legislador constitucional em substituição.<sup>38</sup>

Isso implica que a vinculação do juiz aos limites da separação dos Poderes implica a interpretação constitucional, não criação, da lei; argumentação e fundamentação jurídicas, não políticas; resolução justa, mas nos limites das normas, o que implica a não “destronar o legislador”:

Uma teoria da interpretação que descanse em uma teoria constitucional adequada deve evitar essa ilegítima usurpação, que não seria só contrária à ordem constitucional como também à segurança jurídica. Essa teoria constitucional haverá de assegurar, do mesmo modo, que os valores constitucionais sejam interpretados de acordo com categorias jurídicas e não políticas. (...) É certo que o Tribunal Constitucional deve sopesar as consequências político-constitucionais das suas decisões, mas ele não tem por que tomar, necessariamente, uma decisão política, já que a teoria jurídica oferece outros meios (ponderação imparcial, o interesse mais fundamental, o princípio da maior convicção, os critérios de racionalidade e razoabilidade

37 Idem, p. 466-467.

38 BOTELHO, Catarina Santos. Os direitos sociais em tempos de crise: ou revisitar as normas programáticas. Coimbra: Almedina, 2015.





etc.) para que a solução se adote de maneira que não quebre a certeza e a previsibilidade do decidir juridicamente<sup>39</sup>.

Além disso, no específico tema da judicialização da saúde, o último elemento inibidor do intervencionismo judicial vincula-se a uma percepção de que o Poder Judiciário não estaria autorizado a influir nas decisões dos Poderes Legislativo e Executivo, em virtude da natureza jurídica dos direitos sociais: “a presença de direitos a prestações de nível constitucional pode levar a que uma crise económica conduza a uma crise constitucional”<sup>40</sup>.

Na atual Constituição Espanhola, o constituinte optou por não atribuir à grande maioria dos direitos sociais, previstos no capítulo terceiro, características de direitos subjetivos a se beneficiarem de aplicação direta e imediata, deixando sua efetividade ser operacionalizada primordialmente pelo desenvolvimento legislativo, contendo, assim, a intervenção judicial na formulação e execução de políticas públicas:

*Artículo 53. (...) 3. El reconocimiento, el respeto y la protección de los principios reconocidos en el Capítulo tercero informarán la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos. Sólo podrán ser alegados ante la Jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen.*<sup>41</sup>

Por sua vez, mesmo em nações europeias com previsões diversas da Espanha e mais próximas às da Constituição Brasileira, como é o caso de Portugal, não se admite interpretação usual na doutrina e jurisprudência brasileiras, no sentido de atribuir a todos os direitos sociais a característica inata de direitos subjetivos a prestações estatais diretas, imediatas e irrestritas.

Uma corrente mais contida defende que tais normas teriam caráter meramente programático, não possuindo eficácia e aplicação imediata. Por sua vez, mesmo para as correntes que advogam sua maior concretude, o entendimento muito difere do vivenciado na utópica realidade brasileira, de compreensão de que todas as normativas relacionadas aos direitos sociais são verdadeiros direitos subjetivos a prestações:

Uma grande parte da doutrina entende que os direitos sociais consagrados na Constituição portuguesa são “normas impositivas de legislação”. Não

39 ARAGON, Manuel. La interpretación de la constitución y el carácter objetivado del control jurisdiccional. Revista Española de Derecho Constitucional, ano 6, n. 17, mai/ago, 1986, p. 85-136, p. 129, tradução nossa.

40 ALEXANDRINO, José de Melo. A estruturação do sistema de direitos, liberdades e garantias na Constituição Portuguesa. V. I. Coimbra: Almedina, 2006, p. 44.

41 ESPANHA. Constitución Española de 1978. Disponível em <[https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con)>. Acesso em 03 jan. 2022.





conferem, por conseguinte, direitos diretamente aplicáveis e sindicáveis judicialmente, apenas impondo ao legislador que tome as medidas necessárias para a promoção e proteção destes direitos. É de salientar que estes direitos sociais não conferem plena liberdade ao legislador, não lhe sendo admissível uma atitude de *non facere*. Esta classificação parece assentar na ideia de que os direitos sociais são mais do que meras normas programáticas (no sentido de meramente proclamatórias) e menos do que direitos subjetivos.<sup>42</sup>

Além dessa postura intermediária, majoritária entre a noção de meras normas programáticas e a de direitos subjetivos a prestações, o ápice será os de categorizar “não apenas enquanto objectivos ou fins rectores de ação política”, mas também como “direitos fundamentais potencialmente subjetivos, e, logo, titulados por sujeitos concretos e dirigidos contra os poderes públicos vinculados, por definição, à observância das imposições constitucionais”<sup>43</sup>, ainda, como dito, longe da latíssima interpretação vigente no Brasil.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O entendimento de que os direitos sociais são dependentes de recursos, portanto limitados pela disponibilidade financeira, conduz à detida observância da separação dos poderes, com atribuição das escolhas alocativas para aqueles dotados de legitimidade democrática. Isso, traz uma interpretação razoável à aplicabilidade imediata dos direitos sociais, constitucionalmente previstos.

Esses elementos conduzem a uma atuação judicial completamente diversa da realidade brasileira e apontam para a necessidade de um novel desenho institucional do Poder Judiciário no Brasil, que dialogue com a postura adotada pelo Poder Judiciário na Espanha.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDRINO, José de Melo. A estruturação do sistema de direitos, liberdades e garantias na Constituição Portuguesa. V. I. Coimbra: Almedina, 2006.

42 BOTELHO, Catarina Santos. Os direitos sociais em tempos de crise: ou visitar as normas programáticas. Coimbra: Almedina, 2015, p. 150.

43 NOVAIS, Jorge Reis. Direitos sociais: teoria jurídica dos direitos sociais enquanto direitos fundamentais. Coimbra: Coimbra Editora, 2010, p. 29.





ARAGON, Manuel. La interpretacion de la constitucion y el caracter objetivado del control jurisdiccional. Revista Española de Derecho Constitucional, ano 6, n. 17, mai/ago, 1986, p. 85-136.

BEJARANO, Macarena Hernández. La ordenación sanitaria en España. Navarra: Thomson Aranzadi, 2004.

BERCOVICI, Gilberto. Entre o Estado Total e o Estado Social: atualidade do debate sobre direito, Estado e economia na República de Weimar. 2003. 172 p. Tese (Livre Docência em Direito Econômico e Financeiro) – Departamento de Direito Econômico e Financeiro, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

BOBBIO, Norberto. O futuro da democracia. Tradução de Marco Aurélio Nogueira. 9. ed. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2004.

BOTELHO, Catarina Santos. Os direitos sociais em tempos de crise: ou revisitar as normas programáticas. Coimbra: Almedina, 2015.

BUJ, Remedios Roqueta; ORTEGA, Jesus García (Dirs.). Derecho de la seguridad social. 8. ed. Valência: Tirant lo Blanch, 2019.

CECATO, Maria Aurea Baroni; OLIVEIRA, Armando Albuquerque de. Direitos Sociais: do Estado Liberal ao Estado Social. In: Prima Facie: Direito, História e Política [Recurso eletrônico] / Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Jurídicas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas. João Pessoa: PPGCJ, v. 15, n. 29, maio/ago, p. 130-152, 2016.

CEDH *apud* BOTELHO, Catarina Santos. Os direitos sociais em tempos de crise: ou revisitar as normas programáticas. Coimbra: Almedina, 2015.

CORDILHA, Ana Carolina; LAVINAS, Lena. Transformações dos sistemas de saúde na era da financeirização. Lições da França e do Brasil. In: Ciência & Saúde Coletiva, 23(7), p. 2147-2158, 2018.

CORTINA, Adela. Ciudadanos del mundo: hacia una teoría de la ciudadanía. 3. ed. Madrid: Alianza Editorial, 2009.

DÍAZ-CASTROVERDE, José M. Gómez y; LARRUGA, Javier Sanz (Dirs.); SANCHÉZ, Miguel Juane (Coord.). Lecciones de derecho sanitario. Corunha: Universidade da Coruña Servicio de Publicacións, 1999.

ESPANHA. Constitución Española de 1978. Disponível em <[https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con)>. Acesso em 03 jan. 2022.

ESPANHA. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Disponível em <<https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>>. Acesso em 03 jan. 2022.

EUROPEAN PARLIAMENT. Directorate-General for Parliamentary Research Services, González-Trevijano Sánchez, P. El derecho a la salud, una perspectiva de derecho comparado: España. Oficina de Publicaciones, 2021.





GRAU, Eros Roberto. A Ordem Econômica na Constituição de 1988. 14. ed. rev e atual. São Paulo: Malheiros Editores, 2010.

JIMÉNEZ, Victoria Eugenia Plaza. La influencia de los lobbies en los poderes del Estado. 2020. Tese (Doutorado) – Departamento de Derecho Administrativo, Financiero y Procesal, Universidad de Salamanca, Salamanca, 2020.

KEYNES, John Maynard. A teoria geral do emprego, do juro e da moeda. Trad. Mário R. da Cruz. São Paulo: Nova Cultura, 1996.

NOVAIS, Jorge Reis. Direitos sociais: teoria jurídica dos direitos sociais enquanto direitos fundamentais. Coimbra: Coimbra Editora, 2010.

PÉREZ, José Luis Monereo; INIESTA, Guillermo Rodríguez (Dir.). Tratado de derecho de la seguridad social. T. 1. Murcia: Ediciones Laborum, 2017.

PIERDONÁ, Zélia Luiza, FRANCISCO, José Carlos; FREIRE NETO, Lourenço de Miranda. Direitos sociais em tempos de crise: vedação ao retrocesso social e moderação judicial. Revista Justiça Do Direito, 34(1), p. 57-75, 2020.

SMITH, Adam. A riqueza das nações. Trad. A. S. Lima. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

SOUSA, Paulino Artur Ferreira de. O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. In: Acta Paulista de Enfermagem, 2009; v. 22 (Especial - 70 Anos).

STEGMÜLLER, Klaus. O agir econômico como motor da política de saúde na Alemanha: consequências para a prevenção e promoção da saúde. In: Ciência & Saúde Coletiva, 14(3), p. 889-897, 2009.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. Revista Saúde e Sociedade v. 16, n. 1, p. 7-17, jan-abr 2007.

TELLO, Pilar Jiménez; MALLOL, Manuel Ballbé. El juez como motor del cambio y de integración global. In: MUÑOZ, Jaime Rodríguez-Arana (Ed.). Cuestiones actuales del Derecho Público. Estudios en homenaje a la Dra. Irmgard Lepenies / Grupo de Investigación Derecho Público Global (UDC), p. 635-654, 2014.

WHYNES, David K. Towards an Evidence-Based National Health Service?. The Economic Journal, V. 106, N. 439, p. 1702-1712, Nov. 1996.

