

SISTEMA ÚNICO DE SALUD: LA EXPERIENCIA BRASILEÑA EN LA UNIVERSALIZACIÓN DEL ACCESO A LA SALUD

Marcus Tolentino Silva^{1,2,a}

RESUMEN

Desde 1988 en Brasil, se viene trabajando en un Sistema Único de Salud (SUS). Los antecedentes de su formación se sustentan en el reconocimiento constitucional de la salud como un derecho inherente a la persona y en una corriente surgida en el ámbito académico que propugnaba la progresiva universalización de la salud. El SUS es regulado, fiscalizado y financiado por el Gobierno en sus tres niveles de administración: Unión, Estados y Municipios, asimismo, cuenta con el apoyo de los tres poderes del país: Ejecutivo, Legislativo y Judicial. También existe participación de entidades privadas aunque sometidas a regulación similar a sus pares públicas. La universalidad, la equidad y la integridad son los principios constitucionales en los que se fundamenta su accionar, por su parte, la regionalización, la jerarquización, la descentralización y la participación de la población son sus principios organizacionales. Sin embargo, la universalización es un gran desafío, y aun en el presente se están implementando mecanismos a fin de lograr una mayor cobertura y brindar una atención de calidad a todos los usuarios.

Palabras clave: Sistema único de salud; Atención integral de salud; Garantía de la calidad de atención de salud; Brasil (fuente: Decs BIREME).

SINGLE HEALTH SYSTEM: THE BRAZILIAN EXPERIENCE IN THE UNIVERSALITY OF HEALTH ACCESS

ABSTRACT

Since 1988, Brazil has been working through a Unique Health System (UHS). The background of its formation are supported in the constitutional recognition of health as a human right and in a school risen in academic grounds, which impuled progressive health universalization. The UHS is regulated, monitored and financed by the government in its three levels of administration: the Union, the States and the Municipalities. At the same time, it has the support of the three powers in the country: Executive, Law system and judicial system. There is also participation of the private enterprises, though they are submitted to a regulation which is very similar to their public partners. Universality, equity and integrity are the constitutional principles in which its actions are based, and on turn, regionalization, maintenance of the hierarchy, decentralization and people participation are its organizational principles. Nevertheless, universalization is a great challenge, and even now, the mechanisms directed to achieve a wider covering and quality attention to all the users are being implemented.

Key words: Single health system; Comprehensive health care; Quality assurance health care; Brazil (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

El presente artículo expone una visión preliminar de la realidad brasileña en la consolidación del Sistema Único de Salud (SUS). No pretende, debido a la complejidad del tema, ahondar en todas las particularidades de la gestión pública en salud que se desarrolla en Brasil. El conocimiento de los elementos esenciales en el funcionamiento del SUS y de las responsabilidades de cada actor involucrado, permite una mejor comprensión de uno de los mayores sistemas de salud pública en

mundo. Los puntos destacados en esta revisión pueden servir de guía para futuros debates sobre los sistemas de atención universal de la salud y su impacto sobre la calidad de vida de la población y, consecuentemente, en la productividad económica de una determinada sociedad.

El SUS fue creado en 1988 por la Constitución Federal⁽¹⁾ y amparado en un concepto ampliado de salud, el sistema abarca desde la simple atención ambulatoria hasta el trasplante de órganos, garantizando el acceso completo, universal y gratuito para más de 192

¹ Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Brasília DF, Brasil.

² Programa do Mestrado Profissional em Saúde Baseada em Evidencia, Centro Cochrane do Brasil, Escola Paulista do Medicina, Universidade Federal do São Paulo. São Paulo, Brasil.

^a Farmacéutico, Magíster en Salud Basada en Evidencia, Especialista en Epidemiología.

millones de habitantes, distribuidos en 5564 municipios brasileños ⁽²⁾. Además de ofrecer consultas, exámenes y hospitalización, el SUS promueve campañas de vacunación, acciones preventivas y de vigilancia sanitaria (como la vigilancia de los alimentos y el registro de medicamentos ⁽³⁾.

En Brasil son pocas las políticas públicas que pueden ser consideradas verdaderas políticas de Estado, en el sentido de que cuenten con el apoyo casi total de los tres poderes: Ejecutivo, Legislativo y Judicial y de los tres niveles de organización política en el país: Unión (correspondiente al Gobierno central), Estados y Municipios ⁽⁴⁾. El SUS constituye un proyecto social único que se materializa a través de la promoción, la prevención y atención de la salud, donde la administración pública trabaja para su mantenimiento, mejora y expansión.

SALUD EN BRASIL: ANTECEDENTES

La salud no era considerada un derecho social antes de la creación del SUS. El modelo de salud adoptado previamente, dividía a la población en tres categorías: (I) aquellos que podían pagar por los servicios privados de salud, (II) los que tenían derecho a la salud pública porque estaban asegurados por la previsión social (trabajadores con empleo formal) y (III) los que no poseían derecho alguno ⁽³⁾. En ese contexto, el SUS se creó para proporcionar atención igualitaria en el cuidado y la promoción de la salud de toda la población brasileña.

Antes de su instalación, las acciones universales en salud pública se resumían a las actividades de promoción y prevención de enfermedades (vacunación, control sanitario de las fronteras) y la asistencia médico-hospitalaria de los indigentes para algunas enfermedades específicas. En este periodo, la atención médica se brindaba a los trabajadores formales, fundamentalmente, a través de los servicios privados (y en pocos casos los establecimientos públicos). Se crearon convenios por medio de los cuales los centros privados recibían recursos de acuerdo con los procedimientos realizados ⁽⁵⁾.

Este modelo presentaba tres aspectos que afectaban la respuesta del sistema: (I) centralismo hospitalario (el sistema de salud en torno a los hospitales y especialistas), (II) la fragmentación (sistema en torno a programas prioritarios), y (III) un régimen privado dejado a la deriva en un mercado sin regulación ⁽⁶⁾.

Como forma de oposición técnica y política al régimen militar, se inició en el medio académico el movimiento de reforma sanitaria, hacia la progresiva universalización

de la atención. En el marco de la 8.^a Conferencia Nacional sobre la Salud en el 2007, se implementó el Sistema Unificado y Descentralizado de Salud (SUDS), un acuerdo entre la previsión social y los Estados como base constitucional del derecho a la salud en Brasil ⁽⁵⁾.

De manera gradual, el SUS fue implantándose con la creación del SUDS, con la obligación constitucional del Estado como proveedor de la salud, con la incorporación de reembolso por servicios prestados por parte del Ministerio de Salud (históricamente hecho por el Ministerio de Previsión Social) ⁽⁶⁾, con las leyes que rigen el SUS ⁽⁷⁾ y con la valiosa participación de los usuarios en la gestión del sistema de salud ⁽⁸⁾.

Estas leyes, además de definir las atribuciones de los diferentes niveles del gobierno en materia de salud, establecen las responsabilidades de las áreas de vigilancia sanitaria, de epidemiología y de salud ocupacional ⁽⁷⁾, asimismo, regulan el financiamiento y espacio para la participación popular, entre otros aspectos ⁽⁸⁾. El funcionamiento del sistema se rige por normas operativas básicas, publicadas por el Ministerio de Salud ^(9,10).

EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD

La Declaración Universal de los Derechos Humanos afirma que la salud es un derecho universal y fundamental de los seres humanos ⁽¹¹⁾, ello también es aseverado en Brasil por la Constitución Federal ⁽¹⁾ que establece la salud como un derecho de todos y un deber del Estado, amparado por políticas sociales y económicas que buscan la reducción del riesgo de enfermedades y otros trastornos, así como, el acceso universal y equitativo a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación.

Actualmente, la legislación brasileña ha ampliado el concepto de salud, considerándolo como el resultado de diversos factores determinantes y condicionantes, tales como la alimentación, vivienda, saneamiento, medio ambiente, trabajo, ingresos, educación, transporte, esparcimiento y acceso a bienes y servicios esenciales ⁽¹²⁾. Por lo tanto, la gestión del SUS incluye el desarrollo de acciones conjuntas con otros sectores del gobierno como ambiente, educación, planificación urbana, entre otros; que puedan contribuir, directa o indirectamente, al logro de mejores condiciones de vida y salud para la población.

Como ya se mencionó, el SUS es una actividad de relevancia pública que se define en la Constitución, por lo que es atribución del Gobierno la regulación, fiscalización y el control de las acciones de los servicios

de salud, independientemente de su aplicación directa⁽⁷⁾. En Brasil, la salud es parte de un sistema más amplio, el Sistema de Seguridad Social, una iniciativa que incluye un conjunto integrado de acciones de las autoridades públicas y la sociedad para garantizar los derechos a la salud, el bienestar y la asistencia social⁽¹²⁾.

De acuerdo con la Ley Orgánica de Salud⁽⁷⁾, el SUS comprende un conjunto de acciones y servicios de salud, prestados por organismos o instituciones públicas federales, estatales y municipales; la administración directa e indirecta de las fundaciones mantenidas por el Gobierno, incluyendo las instituciones públicas federales, estatales y municipales de control de calidad, investigación y producción de insumos, medicamentos, sangre y productos derivados, así como, equipos para la salud. La empresa privada puede participar en este sistema de modo complementario⁽¹⁾. En la lógica del SUS, los convenios y el contrato de servicios a terceros, siguen los mismos principios y normas del servicio público.

Como el sistema es único, debe tener la misma doctrina y la misma forma de organización en todo el país, sin embargo, teniendo en cuenta la diversidad cultural, económica y social del Brasil, existen varios mecanismos por medio de los cuales los principios del SUS se relacionan con las particularidades regionales. En la Tabla 1, se puede observar algunas cifras que muestran la complejidad del asunto. Posteriormente, se discutirán las normas constitucionales y los principios de organización del SUS.

PRINCIPIOS CONSTITUCIONALES DEL SUS: UNIVERSALIDAD, EQUIDAD E INTEGRALIDAD

Universalidad

La cobertura universal consiste en el acceso de todas las personas en un estado o país a las intervenciones esenciales en salud. Estas intervenciones pueden

ser preventivas, terapéuticas o de rehabilitación y deben ser seleccionadas en términos de eficacia⁽¹⁹⁾. Siguiendo este principio, el SUS garantiza el acceso de todas las personas, independientemente de su sexo, raza, ingresos, ocupación o de otras características personales o sociales, a la salud.

Equidad

La salud es concebida como el estado de completo bienestar físico, mental y social⁽²⁰⁾. A este nivel, la equidad se centra en la idea de que todos los individuos de una sociedad deben tener la justa oportunidad de desenvolverse en su pleno potencial de salud⁽²¹⁾. Entretanto, algunos factores determinantes, como las condiciones de vida definidas por los factores socioeconómicos y las variaciones biológicas naturales, hacen que los escasos recursos para la salud, no cumplan con eficiencia y con cobertura suficiente en la satisfacción de todas las necesidades de salud de la población⁽²²⁾.

Dos son los parámetros de la equidad que la distinguen de la noción de igualdad: la economía y la justicia. Lo económico se refiere a una más eficiente distribución de recursos, y la justicia a la corrección de la igualdad de elementos (condiciones de vida, exposición a factores de riesgo) a fin de legitimar que la equidad produzca efectos igualitarios⁽²²⁾. Para lograr estos objetivos se utilizan varias herramientas de gestión dentro de las cuales destaca la Evaluación de Tecnologías en Salud (ETS), definida como el proceso continuo de análisis y síntesis de los beneficios para la salud, las consecuencias económicas y sociales del empleo de las tecnologías biomédicas⁽²³⁾. Diversos estudios de ETS trabajan sobre la lógica de la asignación racional de los recursos, no obstante, debido a la existencia de diversos modelos de sistemas de salud, no es explícito, o no se indica, que nivel de justicia social es adoptado para garantizar la racionalidad en la distribución de los recursos cuando determinada tecnología es considerada segura y efectiva.

Tabla 1. Salud pública de Brasil en números.

Parámetro	Año de referencia	Cantidad
Población ⁽²⁾	2007	189 335 191
Presupuesto de la Unión para la Salud (US\$) ⁽¹³⁾	2007	23 000 462 568
Procedimientos de atención primaria ⁽¹⁴⁾	2007	1 347 809 276
Procedimientos especializados ⁽¹⁴⁾	2007	837 526 231
Procedimientos de alta complejidad ⁽¹⁴⁾	2007	513 702 780
Número de hospitalizaciones ⁽¹⁵⁾	2007	11 330 096
Número de nacidos vivos ⁽¹⁶⁾	2006	2 944 928
Número de óbitos ⁽¹⁷⁾	2006	1 031 691
Equipos del Programa Salud de la Familia ⁽¹⁸⁾	2007	88 953 608

US\$1,00 = 1,92 reales brasileños al tipo de cambio de junio 2007.

Estas consideraciones revelan que la existencia y la persistencia de las desigualdades en el acceso y en el uso de tecnologías, debe ser objeto de atención y debate en tres áreas: la gestión, la sociedad y el mundo académico.

Integridad

El principio de integridad significa considerar a la persona como un todo, atendiendo todas sus necesidades ⁽²¹⁾. En el SUS, este principio asegura al usuario una atención que abarca las acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, con acceso garantizado a todos los niveles de complejidad del sistema. Desde esta perspectiva, el presupuesto de atención está enfocado al individuo, a la familia y la comunidad y no a un recorte de acciones centrado en las enfermedades. La integridad presupone una articulación de la salud con otras políticas públicas, a fin de asegurar una atención intersectorial entre las diferentes áreas que tienen repercusión en la salud y calidad de vida de los individuos ⁽¹²⁾. El SUS presupone una atención holística para los usuarios durante todo el proceso de atención y cuidado en el sistema. Si fuera lo contrario, el SUS sólo sería una acción que complementarían a la iniciativa privada.

El acceso a SUS es universal, pero requiere la entrada regulada de los pacientes en su servicio de red. Las puertas del sistema y la integridad de la asistencia son pautadas por las regulaciones técnicas, protocolos de conducta, recursos financieros y planeamiento epidemiológico, para todos aquellos que quieran acceder a él. El Poder Público regula el nivel de integración científica y técnica de la atención ⁽²⁴⁾.

PRINCIPIOS ORGANIZACIONALES DEL SUS: REGIONALIZACIÓN, JERARQUIZACIÓN, DESCENTRALIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN POPULAR

Regionalización y jerarquización

Estos principios, implican que los servicios deben ser organizados en niveles crecientes de complejidad, determinados por zona geográfica, previstas a partir de criterios epidemiológicos, así como la definición y conocimiento de las personas que van a ser atendidas ⁽²¹⁾. El proceso de regionalización es, en la mayoría de los casos, un proceso de articulación con los servicios ya existentes, buscando la dirección unificada. Dentro de los límites de los recursos de una región determinada, la jerarquización procede con la división de los niveles de atención, buscando garantizar las formas de acceso a los servicios que integran toda la complejidad requerida para un caso ⁽²⁵⁾.

Con el propósito de evaluar la integridad de la atención y de racionalizar los gastos del sistema, deben ser definidos el seguimiento sistemático de los flujos de servicios y la entrega de información. El ingreso al sistema debe de ser preferentemente en atención primaria y la referencia, de ser necesaria, hacia otros servicios de mayor complejidad de salud; éstas se realizan cuando el administrador local no dispone del servicio que el usuario necesita, por lo que éste es encaminado a otra localidad que ofrece la atención requerida. Este proceso se encuentra pactado entre los Municipios ⁽²⁵⁾.

Descentralización

Cada esfera de gobierno es autónoma y soberana en sus decisiones y actividades, respetando los principios generales y la participación en la sociedad ⁽¹⁾. Por lo tanto, la autoridad sanitaria del SUS en la Unión es ejercida por el Ministro de Salud, en los Estados por los secretarios estatales y en los Municipios por los secretarios o jefes de los departamentos de salud ⁽⁷⁾, estos son también conocidos como administradores del sistema de salud.

Descentralizar es redistribuir el poder y las responsabilidades entre los tres niveles de gobierno. En materia de salud, la descentralización tiene por objeto prestar servicios de mayor calidad y afianzar el control y la fiscalización por los ciudadanos ⁽²¹⁾. En el SUS la responsabilidad en salud es descentralizada hasta el nivel municipal ⁽⁷⁾. Esto implica proporcionar a la municipalidad de las condiciones gerenciales, técnicas, administrativas y financieras para ejercer esta función.

La descentralización o municipalización, es una forma de aproximar al ciudadano a las decisiones del sector, e involucra una mayor responsabilidad del municipio en la salud de la población bajo su jurisdicción. Adicionalmente, la descentralización es una forma de intervenir en la calidad de los servicios prestados.

Participación popular

El SUS fue creado a partir de un debate democrático ⁽⁵⁾. A pesar de ello, las actividades de la democratización no deben de quedar sólo en su creación, sino estar presentes en el día a día. Para acreditar esto, se crearon los Consejos y las Conferencias de Salud, con el objetivo de formular estrategias, supervisar y evaluar la aplicación de la ejecución de las políticas de salud ⁽⁸⁾.

Las Consejos de Salud existen en los tres niveles de gobierno, de manera permanente y con composición paritaria (la mitad representa a los usuarios del SUS y la otra a los proveedores de servicios, a los directivos y a los

profesionales de la salud). Éstos fueron creados por ley en el respectivo ámbito de gobierno, donde fueron definidas la composición y las características de su funcionamiento. Además de garantizar la participación de la población en el sistema, es responsabilidad de los Consejos, la supervisión de los gastos y la fiscalización de la aplicación de los recursos destinados para la salud ^(8,26,27).

Las Conferencias de la Salud son foros realizados en los tres niveles de gobierno, con la participación de varios segmentos sociales que proponen directrices, evalúan la situación y priorizan los lineamientos de la política en salud ⁽⁸⁾. De carácter consultivo, las conferencias afianzan la participación de los ciudadanos en el control del SUS. Si bien no existe una jerarquía entre la Unión (Gobierno Central), Estados y Municipios, hay competencias en cada una de estas esferas de gobierno ⁽²⁵⁾. En la Figura 1, se sistematiza el marco institucional existente y la toma de decisiones del SUS.

En Brasil, existe una gran desigualdad social, lo que condiciona que gran parte de la población no tenga conocimiento de la existencia y el modo de funcionamiento de los Consejos de Salud. Esta dificultad hace que la sociedad no disponga de mecanismos para priorizar sus intereses y, consecuentemente, mejorar sus condiciones de vida. Posiblemente, esta resistencia se debe al hecho de que en el país durante mucho tiempo, las políticas de salud fueron guiadas casi exclusivamente por intereses políticos y económicos.

FINANCIAMIENTO DEL SUS: EL PAPEL DEL GOBIERNO FEDERAL, ESTATAL Y MUNICIPAL

Históricamente y en la actualidad, la Unión (Gobierno Central), es el principal financiador de la salud pública en Brasil, siendo responsable de la mitad de los gastos ⁽¹³⁾. En el ámbito Federal se formulan las políticas

nacionales y su implementación es realizada por sus asociados (Estados, Municipios, organizaciones no gubernamentales y el sector privado) ⁽²⁵⁾.

En este momento, los Estados y los Municipios reciben recursos federales a través de cinco bloques de financiación: (I) la atención primaria, (II) la atención de mediana y alta complejidad, (III) la vigilancia de la salud, (IV) la atención farmacéutica, y (V) la gestión del SUS⁽²⁵⁾.

Cada bloque de financiación tiene su propia normatividad. Por ejemplo, los medicamentos usados en la atención primaria son adquiridos por las secretarías estatales y municipales de salud; los medicamentos utilizados en los programas específicos son obtenidos por el Ministerio de Salud y distribuidos a las secretarías; debido a que los medicamentos de alto costo y de tratamiento crónico son comprados por las secretarías de salud, la Unión hace un reembolso, de aproximadamente el 80%, tras la demostración de entrega al paciente ⁽²⁵⁾.

Se propone que la futura legislación defina los límites mínimos de inversión en salud, manteniendo la Unión sus gastos constantes, los Estados deberían garantizar el 12% de sus ingresos para financiar la salud, y los municipios al menos el 15% ^(13,25).

CONSIDERACIONES FINALES: EL DESAFÍO DE LA UNIVERSALIZACIÓN

La gestión pública habitualmente trabaja para el mantenimiento, mejora y ampliación del SUS. Esta actividad, guiada por los principios constitucionales y de organización del Sistema, se enfrenta a varias dificultades, dentro de las cuales se destacan: (I) las dificultades de financiación, (II) disputa de grupos en intereses divergentes, (III) los recursos humanos con una baja capacidad de gestión, (IV) el exceso de



Figura 1. Estructura institucional y de decisión en el Sistema Único de Salud del Brasil ⁽²⁸⁾.

¹ Consejo Nacional de Secretarías de Salud.
² Consejo Nacional de Secretarías Municipales de Saúde.
³ Consejo de Secretarías Municipales de Salud.

burocracia, (v) falta de experiencia en los procesos de descentralización y democratización, y (VI) los insuficientes mecanismos jurídicos para la regulación de la atención privada⁽⁵⁾. Por otra parte, varias iniciativas que han mostrado tener éxito en otras latitudes están siendo implementadas, como resultado del esfuerzo cotidiano de aquellos interesados en el cambio de la salud en Brasil^(4,13-18,25,28).

La universalización de la atención de la salud—expresada como un derecho para todos los brasileños y un deber que tiene que ser siempre proveído por el Estado—⁽¹⁾ ha sido el resultado de una importante reforma de la salud que precedió al SUS. Sin embargo, se observa una fuerte segmentación de la asistencia prestada, ya que el sistema está estructurado para satisfacer las exigencias universales de los sectores más pobres de la población, sin embargo, las demandas sectorizadas, sobre todo los servicios de mayores costos, se presentan en la población económicamente más favorecida.

Se estima que sólo 28,6% de la población es usuaria exclusiva del SUS, 61,5% son usuarios no exclusivos y 8,7% no son usuarios⁽⁵⁾. En consecuencia, la asistencia privada, incluye a los dos últimos grupos, dividiéndose en la salud suplementaria (formado por los usuarios de empresas prestadoras de salud), que están regulados por una agencia específica⁽²⁹⁾ y el “sistema” de desembolso directo (representado por el acceso a los servicios de salud y las tecnologías ofrecidas en proveedores privados a través de gastos directos de las personas y familias).

La concentración de la población y de las actividades económicas, generan que la distribución de los usuarios parciales y no usuarios del SUS no sea homogénea en el país. La salud suplementaria cubre a unos 45 millones de brasileños⁽²⁹⁾, por su parte, el “sistema” de pago directo con poca regulación del Estado representa aproximadamente 120 millones de habitantes.

La segmentación del sistema es el resultado del modelo empírico de la organización de la seguridad social, que tiene como objetivo universalizar el acceso a los servicios e insumos de salud. Como en otros países, en este modelo la población con menor riesgo de enfermarse subvenciona la atención de personas con mayor riesgo y que necesitan más cuidados⁽²⁰⁾. Desde un punto de vista pragmático, se ha observado que la población de mayor riesgo no consigue ser posicionada adecuadamente en el escenario político actual y representan costos de organización muy altos, ocasionando la baja capacidad de articulación de sus intereses. Como consecuencia, la segmentación del sistema aumenta las desigualdades en salud, para promover la movilidad unilateral de la demanda (los usuarios no exclusivos del SUS, recurren

al sistema para los servicios de mayor densidad tecnológica y no siguen el principio de integridad)⁽⁵⁾. Este complejo escenario acoge los intereses políticos y económicos significativos de algunos actores sociales importantes en el medio sanitario.

Para cualquier sistema de salud universal, la población necesita involucrarse en la discusión de cual patrón de justicia será adoptado para garantizar la racionalidad de la distribución de los recursos. Las autoridades de salud de diversos países cuentan con una plantilla en común: el aumento del gasto en salud no conduce necesariamente a la mejora de la salud de la población, ya que estos beneficios se concentran en determinados sectores de la sociedad.

Esto implica que la exclusión de los sectores poblacionales hace que los resultados de la población en general no evolucionen en la misma proporción de los gastos. Además, la cobertura de la población por parte de los planes de salud privados provoca la desigualdad en el acceso y en el desarrollo del pleno potencial de salud, y debido a esto, la seguridad social debe ser financiada principalmente por los impuestos generales.

Por último, como se señaló anteriormente, el conocimiento preliminar de un complejo sistema de salud puede servir de guía para los futuros debates sobre la universalización de la cobertura de la atención, para promover un mejor nivel de salud y calidad de vida de la población.

Conflictos de Interés

El autor declara no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Brasil, Senado Federal.** Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
2. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Indicadores [pagina de Internet]. Brasília: IBGE; 2009. [Citado Abril 2009] Disponible en: http://www.ibge.gov.br/home/mapa_site/mapa_site.php#indicadores
3. **Brasil, Ministério da Saúde.** SUS 20 anos [página de Internet]. Brasília, Ministério da Saúde, 2009. [Citado: abril 2009] Disponible en: <http://sus20anos.saude.gov.br>
4. **Silva MT.** A Construção do Edital MCT-CNPq/MS-SCTIE-DAF n° 54/2005. In: Brasil, Ministério da Saúde. O ensino e as pesquisas da atenção farmacêutica no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
5. **Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.
6. **World Health Organization.** The World Health Report 2008: Primary health care (now more than ever). Geneva: WHO, 2008.

7. **Brasil, Senado Federal.** Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: Senado Federal, 1990.
8. **Brasil, Senado Federal.** Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília: Senado Federal, 1990.
9. **Brasil, Ministério da Saúde.** Portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
10. **Brasil, Ministério da Saúde.** Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
11. **Naciones Unidas.** Declaración universal de derechos humanos. Ginebra: ONU; 1948.
12. **Brasil, Presidência da República.** Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Brasília: Presidência da República; 1993.
13. **Brasil, Ministério da Saúde.** Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde [página de Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [Citado: Mayo 2009] Disponible en: http://portal.saude.gov.br/portal/se/area.cfm?id_area=572
14. **Brasil, Ministério da Saúde.** Departamento de Informática do SUS: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS. Brasília: DATASUS; 2009.
15. **Brasil, Ministério da Saúde.** Departamento de Informática do SUS: Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Brasília: DATASUS; 2009.
16. **Brasil, Ministério da Saúde.** Departamento de Informática do SUS: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Brasília: DATASUS; 2009.
17. **Brasil, Ministério da Saúde.** Departamento de Informática do SUS: Sistema de Informações sobre Mortalidade. Brasília: DATASUS; 2009.
18. **Brasil, Ministério da Saúde.** Departamento de Informática do SUS: Sistema de Informação da Atenção Básica. Brasília: DATASUS; 2009.
19. **World Health Organization.** The world health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: WHO; 2000.
20. **World Health Organization.** Constitution of the World Health Organization. New York: WHO; 1946.
21. **Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.** O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
22. **Duarte CMR.** Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro?. Cienc Saude Coletiva. 2000; 5(2): 443-63.
23. **Banta D.** What is technology assessment? Int J Technol Assess Health Care. 2009;25 (Suppl 1): 7-9.
24. **Santos L.** O SUS não é uma farmácia pública. Revista do Movimento Democrático do Ministério Público 2007; 4 (13): 30-31.
25. **Brasil, Ministério da Saúde.** Entendendo o SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
26. **Wendhausen AL.** Relaciones de poder y democracia en los consejos de salud en Brasil: estudio de un caso. Rev Esp Salud Publica. 2006; 80(6): 697-704.
27. **Labra MA.** Capital social y consejos de salud en Brasil. ¿un círculo virtuoso? Cad Saude Publica. 2002; 18(Supl); 47-55.
28. **Noronha JC, Lima LD, Machado CV.** A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: Brasil. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
29. **Agência Nacional de Saúde Suplementar.** Anuario ANS. Aspectos econômico-financieros das operadoras de planos de saúde. Ano base 2007. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

Correspondencia: Marcus Tolentino Silva.

Dirección: Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, sala 852 Brasília-DF – 70.058-900.

Correo electrónico: marcus.silva@saude.gov.br

Consulte las ediciones anteriores de la
Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública en
www.scielo.org.pe

