

Sistema de salud de Brasil

Víctor Becerril Montekio, Lic en Ec, M en Soc,⁽¹⁾
Guadalupe Medina, MC, MSP, Dr en SP,⁽²⁾ Rosana Aquino, MC, MSP, Dr en SP.⁽²⁾

Becerril-Montekio V,
Medina G, Aquino R.
Sistema de salud de Brasil.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S120-S131.

Becerril-Montekio V,
Medina G, Aquino R.
The health system of Brazil.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S120-S131.

Resumen

En este trabajo se describe el sistema de salud de Brasil, que está compuesto por un sector público que cubre alrededor de 75% de la población y un creciente sector privado que ofrece atención a la salud al restante 25% de los brasileños. El sector público está constituido por el Sistema Único de Salud (SUS) y su financiamiento proviene de impuestos generales y contribuciones sociales recaudadas por los tres niveles de gobierno (federal, estatal y municipal). El SUS presta servicios de manera descentralizada a través de sus redes de clínicas, hospitales y otro tipo de instalaciones, y a través de contratos con establecimientos privados. El SUS es además responsable de la coordinación del sector público. El sector privado está conformado por un sistema de esquemas de aseguramiento conocido como Salud Suplementaria financiado con recursos de las empresas y/o las familias: la medicina de grupo (empresas y familias), las cooperativas médicas, los llamados Planes Autoadministrados (empresas) y los planes de seguros de salud individuales. También existen consultorios, hospitales, clínicas y laboratorios privados que funcionan sobre la base de pagos de bolsillo, que utilizan sobre todo la población de mayores ingresos. En este trabajo se analizan los recursos con los que cuenta el sistema, las actividades de rectoría que se desarrollan y las innovaciones más recientemente implantadas, incluyendo el Programa de Salud de la Familia y el Programa Más Salud.

Palabras clave: sistema de salud; seguridad social; Brasil

Abstract

This paper describes the Brazilian health system, which includes a public sector covering almost 75% of the population and an expanding private sector offering health services to the rest of the population. The public sector is organized around the Sistema Único de Saúde (SUS) and it is financed with general taxes and social contributions collected by the three levels of government (federal, state and municipal). SUS provides health care through a decentralized network of clinics, hospitals and other establishments, as well as through contracts with private providers. SUS is also responsible for the coordination of the public sector. The private sector includes a system of insurance schemes known as Supplementary Health which is financed by employers and/or households: group medicine (companies and households), medical cooperatives, the so called Self-Administered Plans (companies) and individual insurance plans. The private sector also includes clinics, hospitals and laboratories offering services on out-of-pocket basis mostly used by the high-income population. This paper also describes the resources of the system, the stewardship activities developed by the Ministry of Health and other actors, and the most recent policy innovations implemented in Brazil, including the programs saúde da Família and Mais Saúde.

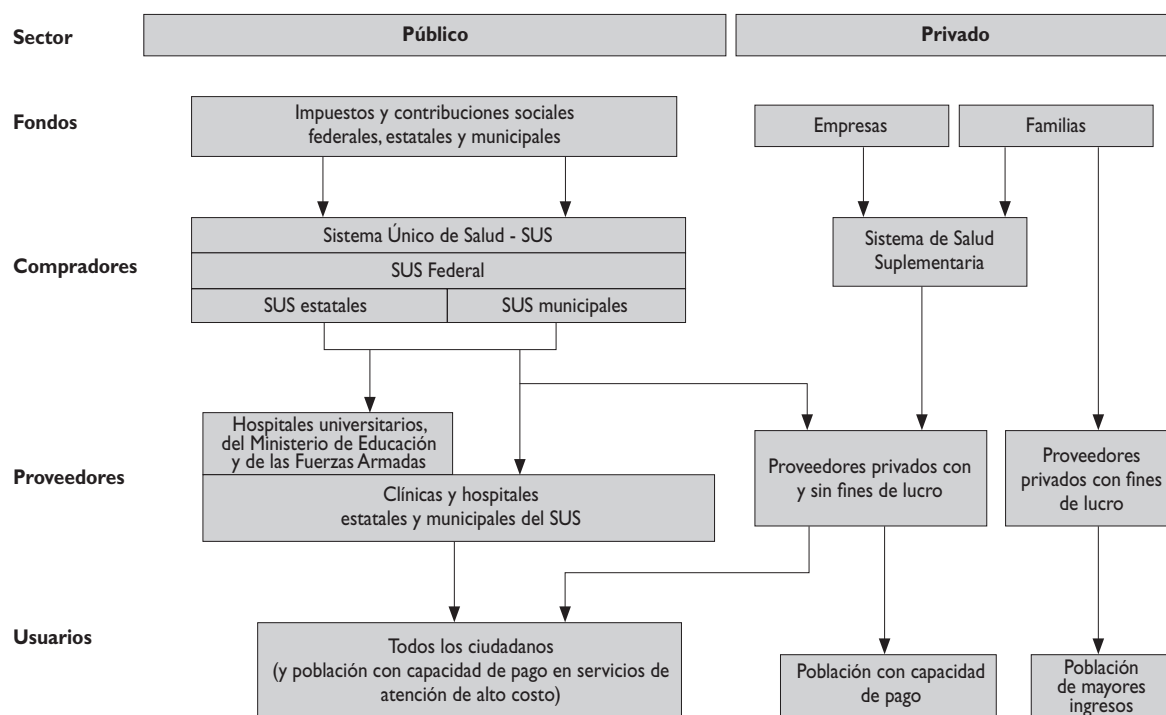
Key words: health system; social security; Brasil

(1) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México.

(2) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Brasil.

Fecha de aceptado: 5 de enero de 2011

Solicitud de sobretiros: Víctor Becerril. Instituto Nacional de Salud Pública, Av. Universidad 655,
Colonia Santa María, 62100, Cuernavaca, Morelos, México.
Correo electrónico: victorbecerril@gmail.com



Salud Suplementaria: Medicina de Grupo, Planes Autoadministrados, cooperativas médicas y seguros individuales

El sistema de salud de Brasil está compuesto por un sector público que cubre alrededor de 75% de la población a través de servicios propios y de la contratación de servicios privados, y un creciente sector privado que ofrece atención a la salud al restante 25% de los brasileños. El sector público está constituido por el Sistema Único de Salud (SUS), financiado con impuestos generales y contribuciones sociales recaudados por los tres niveles de gobierno. El SUS presta servicios de manera descentralizada a través de sus redes de clínicas, hospitales y otro tipo de instalaciones, y a través de contratos con establecimientos privados con y sin fines de lucro. El sector privado está conformado por un sistema de esquemas de aseguramiento conocido como Salud Suplementaria financiado con recursos de las empresas y/o las familias: la medicina de grupo (empresas y familias), las cooperativas médicas, los llamados Planes Autoadministrados (empresas), y los planes de seguros de salud individuales que, en ocasiones, ofrecen regímenes de libre elección de prestadores. También existen consultorios, hospitales, clínicas y laboratorios privados que funcionan sobre la base de pagos de bolsillo y que son utilizados de manera preponderante por la población de mayores ingresos, la cual también recurre al SUS en busca de servicios de prevención (vacunación) y para atender padecimientos de alto costo y complejidad.

Contexto

Demografía

Brasil cuenta con 191.5 millones de habitantes; 82.8% de la población habitaba en zonas urbanas y 48% se concentraba en cuatro de las 27 entidades federativas del país: Sao Paulo (41.3 millones), Minas Gerais (20 millones), Río de Janeiro (16 millones) y Bahía (14.6 millones).¹ Entre 1991 y 2004 la tasa de fecundidad bajó de 2.7 a 2.0 hijos por mujer, al tiempo que la tasa bruta de mortalidad general se redujo de 7.6 a 6.3 por 1000 habitantes.² Entre 1991 y 2008 la esperanza de vida de los hombres aumentó de 63.2 a 68.8 años, y la de las mujeres de 70.9 a 76.2 años, arrojando un promedio para ambos sexos de 72.4 años en 2008.^{3,4} Como resultado,

la proporción de mayores de sesenta años aumentó de 7.3% en 1991 a 8.6% en 2000 y 9.2% en 2005, mientras que la proporción de menores de 5 años pasó de 11.3% en 1991 a 9.6% en 2000 y 8.9% en 2005.⁵

Condiciones de salud

La mejoría de las condiciones generales de vida y el éxito de diversas políticas de salud pública implantadas en años recientes se tradujeron en una reducción espectacular de la mortalidad infantil (de 35 por 1000 nacidos vivos en 1998 a 20 en 2007), un descenso de la tasa de mortalidad general y un aumento en la esperanza de vida. A pesar de estos indiscutibles avances, Brasil sigue presentando las peores cifras en los principales indicadores de salud de los países de ingresos medios de la región latinoamericana

Cuadro I
INDICADORES BÁSICOS, BRASIL, 2008

Población total	189 612 814
Esperanza de vida al nacer (años)	73.0
Esperanza de vida a los 60 años	21.3
Tasa de mortalidad general	5.6
Tasa de mortalidad infantil (2007)	20
Razón de mortalidad materna (2007)	77
Prevalencia de diabetes en adultos (%)	9.7
Prevalencia de hipertensión arterial en adultos (%)	23.9
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (2007)	97.5
Cobertura de vacunación (%)	
En menores de 1 año	
tetraivalente	98.2
polio	100
BCG	100
Población cubierta por la seguridad social	100%
Población con planes privados de salud	21.24%
Población no asegurada	-
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	8.4
Gasto per cápita en salud*	904
Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud	44

Fuente: Referencias 6-17

*Dólares PPA (paridad de poder adquisitivo)

(Argentina, Brasil, Chile, México y Uruguay), incluyendo mortalidad infantil, mortalidad en menores de 5 años, razón de mortalidad materna, mortalidad en adultos y esperanza de vida al nacer.¹⁶

Brasil se encuentra en una transición epidemiológica caracterizada por el creciente predominio de las enfermedades no transmisibles y las lesiones como causas de mortalidad. Como puede observarse en el cuadro II, las principales causas de muerte en las mujeres son las enfermedades del sistema circulatorio, la diabetes, las enfermedades del aparato respiratorio y las neoplasias. En el caso de los hombres, destacan la presencia de causas externas (agresiones y accidentes de transporte) (cuadro III). Brasil, de hecho, presenta una tasa muy superior de muertes violentas a la de Argentina, Chile, Uruguay e incluso México.

Las regiones menos desarrolladas todavía padecen importantes rezagos epidemiológicos. Mientras que en 2007 la mortalidad infantil para el país era de 20 por 1000 nacidos vivos, en Alagoas, Paraíba y Sergipe se registraron tasas de 41, 31 y 30, respectivamente. En las regiones Sudeste y Sur las tasas de mortalidad infantil alcanzan cifras de apenas 15 y 13 por 1000 nacidos vivos, respectivamente.⁷

Estructura y cobertura

El sistema de salud de Brasil está compuesto por un amplio sector público, el Sistema Único de Salud (SUS), que da cobertura a 75% de la población, y un creciente sector

Cuadro II
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MUJERES, BRASIL, 2008

	Número	Tasa*	%
1. Enfermedades cerebrovasculares	48 563	50.35	10.71
2. Enfermedades isquémicas del corazón	39 744	41.21	8.76
3. Otras enfermedades cardíacas	30 988	32.13	6.83
4. Infarto agudo del miocardio	30 577	31.70	6.74
5. Diabetes mellitus	28 040	29.07	6.18
6. Neumonía	22 508	23.34	4.96
7. Enfermedades hipertensivas	22 254	23.07	4.91
8. Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	15 706	16.28	3.46
9. Resto de neoplasias malignas	15 017	15.57	3.31
10. Neoplasia maligna de mama	11 735	12.17	2.59
Resto	188 392	195.32	41.54
Total	453 524	470	100

*Tasa por 100 000 mujeres

Fuente: Referencia 6

Cuadro III
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN HOMBRES, BRASIL, 2008

	Número	Tasa*	%
1. Enfermedades isquémicas del corazón	55 162	59.21	9.00
2. Enfermedades cerebrovasculares	49 311	52.93	8.05
3. Agresiones	44 671	47.95	7.29
4. Infarto agudo del miocardio	43 955	47.18	7.17
5. Otras enfermedades cardíacas	32 090	34.45	5.24
6. Accidentes de transporte	30 668	32.92	5.00
7. Neumonía	22 755	24.43	3.71
8. Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	21 796	23.40	3.56
9. Diabetes mellitus	21 639	23.23	3.53
10. Enfermedades hipertensivas	19 909	21.37	3.25
11. Resto	270 902	290.79	44.2
Total	612 858	658	100

*Tasa por 100 000 hombres
Fuente: Referencia 17

privado, que incluye el Sistema de Atención Médica Suplementaria (SAMS) y lo que podríamos llamar sistema de desembolso directo, que cubre al 25% restante.

El SUS presta servicios de manera descentralizada a través de sus redes de clínicas, hospitales y otro tipo de instalaciones federales, estatales y municipales, así como en establecimientos privados. Con el apoyo técnico y financiero de los niveles estatal y federal, cada municipio se encarga de proveer atención a su población o de referir a los usuarios a otros municipios. Existen otras instancias públicas que proveen servicios de salud: los hospitales universitarios y las unidades del Ministerio de Educación y las Fuerzas Armadas. El SUS es responsable de coordinar el sector público y de regular el sector privado, con cuyas entidades establece convenios o contratos mediante pago por servicio.⁸

El sector privado complementa la asistencia de los servicios públicos. El SAMS es un sistema de esquemas de aseguramiento que comprende la medicina de grupo con planes de salud para empresas y familias, las cooperativas médicas, los Planes Autoadministrados o sistemas de aseguramiento de las empresas, y los planes privados individuales. El subsistema de desembolso directo está compuesto por consultorios, hospitales, clínicas y laboratorios privados no vinculados con el SUS, aunque regulados por las autoridades sanitarias, y utili-

DIEZ HITOS EN LA HISTORIA DEL SISTEMA BRASILEÑO DE SALUD

- 1920 Restructuración del Departamento Nacional de Salud y creación de organismos especializados para la lucha contra la tuberculosis, la lepra y las enfermedades venéreas
- 1923 Creación del sistema de Cajas de Jubilación y Pensiones
- 1930 Creación del Ministerio de Educación y Salud
- 1953 Creación del Ministerio de Salud que se separa del Ministerio de Educación y Salud
- 1967 Reforma de la previsión social que unificó cinco de los seis IAP en el Instituto Nacional de Previsión Social (INPS)
- 1974 Creación del Ministerio de Previsión y Asistencia Social y separación del INPS en tres institutos: el Instituto de Administración de Previsión y Asistencia Social, el INPS y el Instituto Nacional de Asistencia Médica de Previsión Social
- 1983 Creación del proyecto Acciones Integradas de Salud
- 1988 Promulgación de la nueva Constitución y creación del Sistema Único de Salud (SUS)
- 1990 Reglamentación del SUS a través de la Ley Orgánica de la Salud y de la ley que define la participación social en el SUS
- 1997 Creación del Piso de Atención Básica –Transferencias per cápita del nivel federal a los municipios

zado predominantemente por la población de mayores ingresos.^{9,10}

¿Quiénes son los beneficiarios?

La Constitución Federal de 1988 postula el acceso universal e igualitario a las acciones de promoción,

protección y recuperación de la salud, y responsabiliza al Estado de la provisión de servicios.¹¹

El sector público es responsable de los servicios de salud pública relacionados con la vigilancia epidemiológica y sanitaria, así como del control de enfermedades transmisibles. Además ofrece servicios asistenciales a 75% de la población. Parte de la población cubierta por planes y seguros privados también hace uso de los servicios públicos para acciones de prevención y tratamientos complejos y/o costosos.^{1,12} Los hospitales universitarios también forman parte del SUS y se mantienen con recursos de este sistema y del Ministerio de la Educación. Los servicios de salud de las Fuerzas Armadas proveen atención a la salud a los militares activos, pensionados y sus familias.

¿En qué consisten los beneficios?

La Carta de los Derechos de los Usuarios de la Salud, elaborada por el Ministerio de Salud (MS), el Consejo Nacional de Salud y la Comisión Intergestora Tripartita, define varios principios básicos del derecho a la salud en Brasil: derecho al acceso ordenado y organizado al sistema de salud; derecho a un tratamiento adecuado; respeto a la persona, sus valores y sus derechos; responsabilidades del ciudadano, y compromiso de todos los gestores de la salud.¹³ El SUS se encarga de proveer atención básica a la población y tiene como ejes la universalidad, la integralidad y la equidad con base en una organización descentralizada y el control social de la administración.

El SUS define la atención básica como un conjunto de acciones de salud en los ámbitos individual y colectivo, incluyendo la promoción y la protección de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y el mantenimiento de la salud. Esta atención se dirige a poblaciones ubicadas en territorios bien delimitados y a la resolución de los problemas de salud más frecuentes y relevantes.¹⁴ Al menos en términos formales, no existe ninguna restricción en el tipo de padecimientos cubiertos por el SUS. Sin embargo, este sistema ha estado subfinanciado, lo que ha impedido alcanzar una cobertura universal de servicios integrales.¹⁵ Este subfinanciamiento se expresa en largos tiempos de espera para acceder a atención de especialidad, cirugías y tratamiento de urgencias.¹⁶ Esto también ha generado conflictos de orden legal ya que algunos pacientes exigen que se les cubran padecimientos de alto costo que aún se encuentran en fase experimental.

El instrumento para avanzar hacia la cobertura universal ha sido el Programa de Salud de la Familia, cuyo principal reto es reorientar la práctica médica hacia la atención primaria a la salud mediante la creación de

equipos de salud que prestan atención tanto en unidades de salud como en hogares. Los equipos mínimos están compuestos por médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y agentes comunitarios de salud. En el caso de los equipos de salud bucal se suman dentistas, técnicos y auxiliares dentales. En municipios de más de 100 mil habitantes, los equipos suelen complementarse con otros profesionistas. El objetivo es crear un vínculo de corresponsabilidad entre estos equipos profesionales y la población para facilitar la identificación y la atención de enfermedades.^{17,18} Actualmente el Programa de Salud de la Familia cubre a cerca de 50% de la población.¹⁹

Financiamiento

¿Quién paga?

El SUS se financia con impuestos y contribuciones sociales provenientes de los tres niveles de gobierno: federal, estatal y municipal. En 2004 la participación del gobierno federal en el financiamiento del SUS fue de 50.7%, mientras que las unidades de la federación participaron con 26.6% y los municipios con 22.7%.^{20,21}

El financiamiento del SUS está garantizado por una reforma a la Constitución, aprobada en el año 2000, que aseguró las fuentes de asignación de recursos para la salud.²² Hasta 2007 las cuatro principales fuentes de financiamiento de los recursos federales eran la Contribución Provisoria sobre Movimientos Financieros, la Contribución para el Financiamiento de la Seguridad Social, los recursos ordinarios y la contribución sobre el lucro de personas jurídicas. La principal fuente de financiamiento de los estados y municipios son los presupuestos fiscales respectivos.^{31,32}

En 2008 el Senado aprobó una nueva reglamentación según la cual, para 2011, la federación destinaría a la salud un mínimo de 10% de sus ingresos, añadiendo a esa cantidad 12% de los recursos de los estados y el Distrito Federal más 15% de los municipios. En el caso de la federación, estas aportaciones se han ido incrementando paulatinamente desde 8.5% en 2008 a 9.5% en 2010. En 2011 llegarán a 10%.²³

Los recursos presupuestales del SUS deben depositarse en los Fondos de Salud. Una parte de los recursos federales se transfieren a los estados y los municipios. De igual manera, parte de los recursos de los estados se transfieren a los municipios.³¹

El sector privado se financia con recursos de las empresas que contratan planes y seguros privados para sus empleados y con los recursos de las familias que compran esquemas prepagados de salud o que realizan pagos de bolsillo por los servicios.

¿A cuánto asciende el gasto en salud?

Se estima que los recursos públicos destinados al gasto en salud en 2007 fueron de 94 400 millones de reales; 47% correspondió a gasto federal, 26% a los estados y 27% a los municipios. El gasto privado directo en salud fue ligeramente mayor: 98 400 millones de reales. Alrededor de 50 000 millones correspondieron a planes y seguros, 21 000 millones a pagos de bolsillo y 27 000 millones a medicamentos. Parte de los recursos privados incluyen la participación pública correspondiente a la renuncia fiscal: 8 000 millones de reales en 2007.³³

La participación del gasto en salud como proporción del PIB en 2008 fue de 8.4%. El gasto per cápita en salud ascendió a US\$_{ppp} 904.²⁴ El gasto público concentró 44% del gasto total en salud. El gasto de bolsillo concentró 57.1% del gasto privado total; el resto correspondió a planes prepagados.

Recursos

¿Con qué infraestructura y equipo se prestan los servicios de salud?

De acuerdo con datos del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística, el número de establecimientos de salud pasó de 35 701 en 1990 a 77 004 en 2005; 58.6%, pertenecen al sector público y 41.4% al privado.²⁵

Excluyendo los más de 14 500 establecimientos que sólo ofrecen servicios de apoyo diagnóstico o diagnóstico y terapia, en 2005, 62 483 establecimientos ofrecían atención a la salud; 70.4% eran públicos y 29.6% privados. La mayoría (88.5%) ofrecía servicios ambulatorios y el 11.5% contaba con atención hospitalaria.²⁶

La disponibilidad de camas de hospital se redujo de 533 558 en 1990 a 443 210 en 2005. En 2005 la participación del sector privado era mayor que la del sector público, con 294 244 camas (66.4%), de las cuales 82% estaban disponibles para los usuarios del SUS.¹⁶

En 2005 Brasil contaba con 49 987 equipos de diagnóstico por imagen de diversas categorías, 2 642 mamógrafos simples y 703 con estereotaxia, 3 345 mamógrafos y 1 961 unidades de equipos de tomografía computarizada.³⁷

¿Con qué recursos humanos se prestan los servicios?

En 2005 Brasil contaba con 527 625 médicos, para una razón de 2.86 médicos por 1000 habitantes. El total de enfermeros profesionales era de 116 126 (0.63 por 1000 habitantes). Debe tomarse en cuenta, sin embargo, la existencia de más de 161 336 técnicos en enfermería y 325 834 mil auxiliares de enfermería. Sumados todos

estos recursos de enfermería se llega a una razón de 3.28 enfermeras de todos los niveles por 1000 habitantes. Los odontólogos sumaban 71 386 (0.39 por 1000 habitantes).³⁷

¿Cuánto se gasta en medicamentos y cuál es el nivel de acceso a ellos?

Desde 1998 existe una Política Nacional de Medicamentos sobre cuya base se desarrolló la Política Nacional de Asistencia Farmacéutica.^{27,28} El gobierno federal es responsable de asegurar la disponibilidad de los productos considerados estratégicos (antirretrovirales, hemoderivados y otros medicamentos costosos). Recientemente se modificó la legislación sobre medicamentos que ofrece el SUS como parte de la llamada Atención Básica, definiendo 82 medicamentos para el tratamiento de los padecimientos más comunes.³⁸

El financiamiento de la asistencia farmacéutica depende de las tres esferas de gestión del SUS. En 2007 se definieron tres componentes de los recursos federales destinados a este rubro: a) básico; b) estratégico (control de endemias y antirretrovirales del programa contra enfermedades de transmisión sexual y SIDA) y c) medicamentos de distribución excepcional.³⁷

El financiamiento para la asistencia farmacéutica del esquema de Atención Básica del SUS tiene un origen tripartito: gobierno federal, gobiernos estatales y gobiernos municipales. En 2008 los valores mínimos de inversión en medicamentos por habitante/año fueron 4.10 reales a nivel nacional, 1.50 reales para los estados y el Distrito Federal, y 1.50 reales para los municipios. Esto representa una inversión total de 1.3 mil millones de reales, de los cuales 754 millones corresponden al MS y 550 millones a los estados y los municipios.²⁹

El mercado brasileño ofrece, en primer lugar, fármacos de referencia, registrados por la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), que tienen una marca comercial conocida. En segundo lugar ofrece medicamentos genéricos que han pasado pruebas de bioequivalencia realizadas "in vitro" en laboratorios habilitados *ex profeso* por la ANVISA. También existen medicamentos similares que no han comprobado su bioequivalencia ante la ANVISA.³⁰

La industria farmacéutica de origen extranjero fabrica fundamentalmente medicamentos de marca, aunque también produce genéricos e incluso similares. Estos dos son producidos preponderantemente por la industria farmacéutica nacional.

El programa Farmacia Popular del Brasil tiene como objetivo ampliar el acceso a medicamentos básicos y esenciales a bajo costo para quienes utilizan los servicios privados y tienen dificultadas para adquirirlos debido

a su alto costo en las farmacias comerciales. Funciona con base en la colaboración entre el MS federal, los gobiernos estatales y municipales e instituciones privadas autorizadas para instalar este tipo de farmacias.³¹

¿Quién genera la información y quién produce la investigación?

El Departamento de Informática del SUS (DATASUS), órgano de la Secretaría Ejecutiva del MS, es responsable de reunir, procesar y disseminar la información en salud. DATASUS es el centro tecnológico de soporte técnico y normativo sobre el cual se construyen los sistemas de informática e información en salud en general y cuenta con extensiones en todo el país que brindan apoyo técnico a las secretarías de salud estatales y municipales.³²

DATASUS mantiene las bases de datos nacionales del Sistema de Información en Salud; disemina la información para la gestión, el control social del SUS y la investigación en salud; desarrolla los sistemas de información y las tecnologías de informática necesarias para el funcionamiento del SUS; establece normas relativas a los procedimientos y bases tecnológicas de información; capacita al personal encargado de procesar la información, y, finalmente, apoya la formación de la Red Nacional de Informaciones en Salud en Internet.³³

DATASUS también coordina la información generada por una multiplicidad de sistemas en temas específicos: sistemas de gestión de informaciones financieras del SUS; de Información de Atención Básica; de Informaciones Ambulatorias del SUS; de Gerencia de la Unidad Ambulatoria Especializada; de Informaciones Hospitalarias del SUS y de Informaciones de Mortalidad, entre otros.³⁴

La investigación en salud contó con un promedio anual de US\$573 millones de inversión entre 2000 y 2002 (72.8% de inversión pública, 23.7% privada y 3.5% de fondos externos). En esos años no existía una política nacional de ciencia y tecnología en salud y el MS rara vez intervenía en la determinación de prioridades de investigación. En 2003 un grupo de investigadores designado por el Consejo Nacional de Salud propuso 20 subagendas para abordar la elaboración de una política de investigación en salud y definir prioridades. En 2004 la Segunda Conferencia Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud, con participación de delegados de 307 municipios de 24 estados, aprobó la Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud sobre cuya base se elaboró la Agenda Nacional de Prioridades de Investigación en Salud.³⁵

Entre 2003 y 2007 la Secretaría de Ciencia, Tecnología e Insumos Estratégicos invirtió más de 410 millones de reales en investigación en salud. A esta cantidad se añade lo dedicado por diversas entidades de fomento. Sólo en

investigación sobre enfermedades transmisibles, se invirtieron 65 millones de reales, con más de 100 estudios sobre SIDA y enfermedades de transmisión sexual cuyo financiamiento fue de más de 25 millones de reales.⁴⁷

Entre 1997 y 2001 Brasil ocupó el vigésimo primer puesto por el número de publicaciones científicas en el campo biomédico. Brasil y México (vigésimo noveno puesto) son los únicos países latinoamericanos que formaban parte del listado de 30 países. En 2007 Brasil ocupó el lugar número 15 entre los países con mayor número de publicaciones científicas en revistas indexadas.^{36,37}

Rectoría

¿Quién pone orden en el sector salud y cómo se regula la atención?

La Constitución de 1988 descentralizó los servicios del SUS hacia los estados y municipios. El gobierno federal está encargado de preservar y promover los principios del SUS, definir prioridades nacionales, monitorear los resultados de los programas y políticas, y participar en el financiamiento tripartito garantizando la equidad entre los estados. El pacto federal sanitario tiene como sustento la unidad doctrinaria del SUS y la diversidad operativa basada en las especificidades de los estados y municipios.

A partir de 2006 las directrices del Pacto para la Salud definieron las áreas prioritarias del SUS mediante la consolidación de los procesos de regionalización y los instrumentos de planeación y programación, así como el Plan Director Regionalizado, el Plan Director de Inversiones y la Programación Pactada e Integrada. Siguiendo este proceso de descentralización se estructuró la implantación de la Política Nacional de Regulación, responsabilidad del Departamento de Regulación, Evaluación y Control de Sistemas del MS.³⁸⁻⁴² Esta política regula la actuación de los diversos proveedores de atención a la salud desde el nivel federal hasta los niveles estatal y municipal. Los planes y seguros privados de salud son regulados por la Agencia Nacional de Salud Suplementaria, una dependencia del MS.⁴³

La reglamentación profesional es responsabilidad del Congreso Nacional, del Ministerio del Trabajo, del Ministerio de Educación a través del Consejo Nacional de Educación, y, en el caso de las profesiones vinculadas con la salud, de los Consejos de Fiscalización del ejercicio profesional reconocidos y autorizados por el Estado.²⁴

La Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud del MS es responsable de formular las políticas sobre formación, desarrollo profesional y educación permanente de los profesionistas de la salud

en los niveles técnico y superior del SUS. Entre sus objetivos está la integración de los sectores de la salud y la educación.

¿Quién vigila las actividades que impactan la salud?

En 1998 se creó el Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria junto con un conjunto de instituciones de la administración pública coordinadas por la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA). El consejo consultivo de ANVISA está compuesto por representantes de instituciones de la administración pública, la sociedad civil y la comunidad científica, y es presidido por el MS. Su objetivo es promover la protección de la salud de la población mediante el control sanitario de la producción y la comercialización de productos y servicios objeto de la vigilancia sanitaria (ambientes, procesos, insumos y tecnologías), y el control de puertos, aeropuertos y fronteras.⁴⁴

En junio de 2003 la Secretaría de Vigilancia en Salud asumió la gestión del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Ambiental en Salud (SINVSA) y desde marzo de 2005 quedó reglamentado el Subsistema Nacional de Vigilancia en Salud Ambiental, el cual coordina, evalúa, planea, inspecciona y supervisa las acciones de vigilancia relacionadas con el agua para consumo humano, la contaminación del aire y del suelo, los desastres naturales, los contaminantes ambientales y las sustancias químicas, los accidentes con productos peligrosos, el efecto de factores físicos y las condiciones saludables del ambiente de trabajo. El SINVSA también elabora indicadores y sistemas de información para la vigilancia en salud ambiental, para promover el intercambio de experiencias y estudios, además de acciones educativas y otras encaminadas a la democratización del conocimiento dentro del área.⁴⁵⁻⁴⁷

El Sistema Nacional para el Medio Ambiente es responsable de la política ambiental. Su órgano ejecutivo es el Instituto Brasileño del Medio Ambiente y de los Recursos Naturales Renovables.

¿Quién evalúa?

Con la creación del SUS, en 1990 se estableció que el control y evaluación del sistema serían competencias de los tres niveles de gobierno e incluyen diversas instancias: Consejos de Salud, Comisiones Intergestoras y el Sistema Nacional de Auditoría, entre otros. Sin embargo, sólo hasta 2002 los estados y los municipios empezaron a implantar y desarrollar acciones de control contable, financiero y asistencial sobre las acciones de los prestadores de servicios de salud. Más recientemente, el Pacto de Gestión del SUS estableció las responsabilidades del gestor municipal y estatal en el control y la evaluación

de los servicios y la definición de indicadores para el monitoreo del desempeño.⁴⁸

Desde 2003 el Departamento de Regulación, Evaluación y Control de Sistemas (DERAC) es responsable de la coordinación de la política nacional de regulación, control y evaluación. Además, se encarga de facilitar el desarrollo financiero de las acciones y servicios de atención ambulatoria y hospitalaria del SUS.

Además, el DERAC desarrolla las directrices y coordina la implantación de las actividades de control y evaluación de la producción de servicios de atención a la salud en los estados y municipios. También es responsable del perfeccionamiento del control y la evaluación de la ejecución de las acciones de salud mediante el Sistema de Información de (atención) Ambulatoria y el Sistema de Información Hospitalaria. El DERAC es igualmente responsable del Programa Nacional de Evaluación de los Servicios Hospitalarios, de la Encuesta de Satisfacción y del Premio de Calidad Hospitalaria.

Voz de los usuarios

¿Cómo participan los ciudadanos en la gestión y evaluación del sistema?

La participación comunitaria es una pieza clave del SUS y está garantizada por una red de más de 5 000 Consejos Municipales de Salud, 27 Consejos Estatales de Salud y el Consejo Nacional de Salud, en los cuales participan más de 100 000 voluntarios.⁴⁹⁻⁵¹

Los Consejos de Salud son órganos colegiados, deliberativos y permanentes del SUS en cada uno de los tres niveles de gobierno y forman parte de la estructura básica del MS y de la Secretaría de Salud de los Estados, del Distrito Federal y de los municipios. También existen consejos regionales, locales y distritales.

Los Consejos de Salud participan en la formulación y la proposición de estrategias, el control de la ejecución de las políticas de salud, las decisiones sobre la asignación de recursos, la construcción de instalaciones y la implementación de programas de salud. En los Consejos de Salud hay representantes comunitarios (50% de los miembros), del gobierno, proveedores y administradores de servicios de atención a la salud (25%) y de trabajadores de la salud (25%). Su presidente es elegido en asamblea plenaria.

Los Consejos de Salud orientan el debate sobre la salud y el funcionamiento del SUS con base en las Conferencias Nacionales de Salud, que reúnen a cientos de miles de personas en eventos municipales y estatales. La primera se realizó en 1941 y, a partir de 1986 dejaron de ser sólo foros de discusiones técnicas para incluir una visión política de la salud pública.

¿Cómo perciben los usuarios la calidad y calidez de la atención a la salud?

En 2003 el Consejo Nacional de Secretarios de Salud publicó los resultados de la segunda encuesta sobre conocimiento, evaluación y opinión de los brasileños respecto de los servicios del SUS. Para 24.2% de los encuestados, el principal problema que enfrentan en su vida diaria es la salud, seguida por el desempleo (22.8%) y las preocupaciones financieras (15.9%).⁵² Más de 96% de los encuestados utilizó algún servicio de salud por lo menos una vez durante los dos años anteriores a la encuesta. Más de tres cuartas partes (75.9%) asistió a consultas médicas, 71.2% recibió vacunas, 67% recibió exámenes de laboratorio, 54.9% acudió a los servicios odontológicos, 44.6% al servicio de radiología o ultrasonido, 27.1% fue internado y 15.3% pasó por alguna cirugía.

Como fallas del sistema, los encuestados pusieron de relieve la carencia de médicos y personal de enfermería (19.4%); la falta de medicamentos (9.5%); los largos tiempos de espera para recibir atención con igual calificación que la falta de hospitales (8.3%) y la demora para recibir citas para la consulta (7%). El 41.3% considera que el principal problema del SUS es la fila de espera para obtener consulta, 14.4% que es la fila de espera para los exámenes y 7.5% la fila de espera para hospitalización.

Innovaciones

¿Qué innovaciones recientes se han implantado?

La salud como un derecho de los ciudadanos y un deber del estado es el punto de partida de la reestructuración del sistema de salud brasileño, cuyo elemento central es la creación del SUS y su implementación a partir de la promulgación de la Ley Orgánica de Salud en 1990. El sistema tiene tres objetivos: a) la universalización de la atención sin restricciones ni cláusulas de cobertura, b) la equidad en la atención, y c) la integridad de las acciones (promoción, protección, prevención, rehabilitación y diagnóstico temprano), incluyendo la atención al individuo y la colectividad y el cuidado del medio ambiente.

Para ello se definieron tres estrategias básicas: a) la descentralización de la provisión de servicios hasta los estados y los municipios con apoyo del nivel federal, b) la unicidad de la coordinación mediante un mando único en cada nivel de gobierno y c) la participación social en la gestión del SUS a través de las Conferencias de Salud y los Consejos de Salud con funciones y participación bien definidas en la planificación y fiscalización de las acciones.

La participación democrática de las entidades y movimientos de la sociedad civil en la definición de las políticas, en la gestión y el control de su ejecución ha sido un elemento fundamental en el desarrollo del SUS y del sistema de salud brasileño.⁴⁹

¿Qué impacto han tenido las innovaciones más recientes?

La descentralización ha sido una de las principales innovaciones desde la Conferencia Nacional de Salud de 1986, e incluso antes, con las Acciones Integradas de Salud y el Sistema Unificado y Descentralizado de Salud. Desde entonces se manifestaron impactos positivos como la ampliación de la oferta de servicios y el aumento de la participación popular. Estudios más recientes han mostrado un avance en la ampliación de la red de prestadores y la diversificación de la oferta.

La descentralización permitió también aumentar la base técnica para la gestión pública en salud en los ámbitos local, regional y central. A partir de 1998 se expandió la red de atención básica y sobre su base se han constituido uno de los más grandes programas públicos de inmunización y un programa de control del VIH/SIDA ampliamente reconocido.

Por lo que respecta al Programa de Salud de la Familia, diversos estudios realizados entre 1999 y 2004 han documentado su éxito, constatándose un incremento en la cobertura de los servicios de atención primaria del 14 a casi 60% de la población y una reducción de aproximadamente 13% en la mortalidad infantil para el período.^{53,54}

¿Cuáles son los retos y las perspectivas del sistema de salud?

Se reconocen avances en términos de integralidad, igualdad y expansión de la cobertura. Sin embargo, es necesario profundizar las conquistas para enfrentar los problemas y límites. En primer lugar, es necesario colocar al usuario-ciudadano como centro del diseño de las acciones y políticas de salud. Para ello, se han propuesto diversas estrategias, dentro de las que destacan las siguientes:⁵⁵

- Romper el aislamiento del sector salud involucrando otras áreas relacionadas con las necesidades básicas de la población.
- Establecer claramente las responsabilidades y los derechos de los usuarios del sistema de salud considerando las particularidades de cada región y microrregión.
- Intensificar la participación y el control social, reforzar los Consejos y las Conferencias de Salud, y fortalecer la capacitación de los consejeros.

- Aumentar la cobertura y la capacidad resolutive de las unidades del sistema público mediante un cambio en el modelo de atención que no sólo priorice la atención primaria, sino que se centre en el usuario-ciudadano.
- Evitar la precarización, la privatización y la tercerización de las relaciones laborales del SUS articulando las políticas de los sectores salud y educación.
- Profundizar el modelo de gestión y promover una descentralización solidaria y cooperativa basada en la corresponsabilidad establecida en contratos de gestión y financiamiento mixto.
- Ampliar las capacidades reguladoras del Estado reconociendo a la salud como bien social, reglamentando las relaciones público-privado y asegurando el respeto de los derechos de los usuarios.
- Superar el subfinanciamiento de la salud producto de imperativos económicos.

El gobierno del Presidente Lula puso en marcha el Programa de Aceleración del Crecimiento (PAC) 2008 – 2011, cuyo componente en salud es el Programa Más Salud: Derecho de Todos. Este programa contempla 73 medidas y 165 metas con inversiones por casi noventa mil millones de reales. Los ejes de intervención del programa se basan en una serie de directrices estratégicas entre las que destacan:⁵⁶

- avanzar en la implementación del sistema de salud universal, igualitario e integral mediante acciones que permitan asociar el desarrollo económico y social;
- consolidar las acciones de promoción de la salud e intersectorialidad con la orientación del patrón de desarrollo brasileño basado en un modelo de atención centrado en la búsqueda de calidad de vida;
- priorizar los objetivos del Pacto por la Salud;
- profundizar la regionalización, la participación social y el federalismo;
- elevar la calidad y eficiencia de las unidades productoras de bienes y servicios o de gestión en salud, y
- eliminar el subfinanciamiento del SUS siguiendo los preceptos constitucionales.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Ministerio da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. [Consultado el 13 de junio de 2010]. Disponible en: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popuf.def>.
2. Ministerio da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. [Consultado el 12 de junio de 2010]. Disponible en: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/matriz.htm?saude=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Fcgi%2Fidb2008%2Fmatriz.htm&botaoOK=&obj=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Fcgi%2Fidb2008%2Fmatriz.htm#demog>.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Anuário Estatístico do Brasil 2006. Brasil: 2006. [Consultado el 12 de mayo de 2010]. Disponible en: <http://www.ibge.gov.br>.
4. Ministerio da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. [Consultado el 13 de junio de 2010]. Disponible en: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/a11.htm>.
5. Ministerio da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. [Consultado el 13 de junio de 2010]. Disponible en: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/matriz.htm?saude=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Fcgi%2Fidb2008%2Fmatriz.htm&botaoOK=&obj=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Fcgi%2Fidb2008%2Fmatriz.htm#demog>.
6. Ministerio de Salud. DATASUS. Consultado el 2 de noviembre de 2010]. Disponible en: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?simp/cnv/obtpa.def>.
7. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 1), 2007. [Consultado el 11 de mayo de 2010]. Disponible en: http://www.aids.gov.br/incentivo/PROGESTORES/Livros-070306/1-O%20Sistema%20unico%20de%20Saude/O_Sistema_unico_de_Saude-L1.pdf.
8. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios. / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2006. [Consultado el 2 de junio de 2010]. Disponible en: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/conass_progestores/sus_avancos_desafios.pdf.
9. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 10) 2007- [Consultado el 9 de junio de 2010]. Disponible en: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/conass_progestores/livro_10_regulacao_em_saude.pdf.
10. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Saúde Suplementar / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 11), 2007. [Consultado el 21 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/biblioteca/livros/colecao-progestores-2013-para-entender-a-gestao-do-sus>.
11. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 12), 2007. [Consultado el 21 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/biblioteca/livros/colecao-progestores-2013-para-entender-a-gestao-do-sus>.

12. Paim J, Teixeira C. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007;12:1819-1829.
13. Ministério de Saúde. Secretaria-Executiva. Direitos dos Usuários dos Serviços e das Ações de Saúde no Brasil. Legislação Federal Compilada – 1973 a 2006. Série E. Legislação de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. [Consultado el 21 de octubre de 2010]. Disponible en: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_usuarios_servicos_acoes_saude_brasil.pdf.
14. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação de Saúde (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).
15. Hennigan T. Economic success threatens aspirations of Brazil's public health system. *BMJ* 2010;341:c5453.
16. Guanais F. Health equity in Brazil. *BMJ* 2010;341:c6542.
17. WHO. National health accounts. Brazil. [Consultado el 31 de enero de 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/nha/country/bra/en>.
18. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério de Saúde, 1994.
19. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8), 2007. [Consultado el 21 de octubre de 2010]. Disponible en: http://www.aids.gov.br/incentivo/PROGESTORES/Livros-070306/8-Atencao_Primaria_e_Promocao_da_Saude-L8.pdf.
20. Ministerio da Saúde. Departamento de Atención Básica (DAB) [consultado el 10 de junio de 2010]. Disponible en <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>.
21. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O Financiamento da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 3), 2007. [Consultado el 2 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/biblioteca/livros/colecao-progestores-2013-para-entender-a-gestao-do-sus>.
22. Ugá, MAD, Porto, SM. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: Giovannella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
23. Barros E. Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.
24. Carvalho G. Financiamento da saúde pública no Brasil no pósconstitucional de 88. *Tempus Actas de Saúde Coletiva* 2008;2(1):39-51.
25. World Health Organization. World Health Statistics 2010. Part II. Global Health Indicators. Ginebra, Suiza: 2010. [Consultado el 31 de mayo de 2010]. Disponible en: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHSI0_Part2.pdf.
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas da Saúde. Assistência Médico-Sanitária 2005. [Consultado el 2 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/ams/2005/ams2005.pdf>.
27. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Gestão do Trabalho na Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 5) 2007. [Consultado el 21 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/biblioteca/livros/colecao-progestores-2013-para-entender-a-gestao-do-sus>.
28. Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil. [Consultado el 21 de octubre de 2010]. Disponible en: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/hse_asf_rem_1205_fim.pdf.
29. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Gestão do Trabalho na Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 7), 2007. [Consultado el 21 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/biblioteca/livros/colecao-progestores-2013-para-entender-a-gestao-do-sus>.
30. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.237, de 24 de dezembro de 2007. Aprovar as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde. [Consultado el 21 de octubre de 2010]. Disponible en: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_3237_atencao_basica.pdf.
31. Bermudez JAZ, Oliveira MA, Luiza VL. Assistência farmacêutica. En: Giovannella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC e Carvalho AI, editores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2008, p. 435-472.
32. Ministério da Saúde, Fundação Osvaldo Cruz. Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico. Ministério da Saúde, Fundação Osvaldo Cruz. Brasília: Ministério da Saúde 2005. 102 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). [Consultado el 10 de octubre de 2010]. Disponible en: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/livros/pdf/05_1120_M.pdf.
33. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Ciência e Tecnologia em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 4), 2007. [Consultado el 21 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/biblioteca/livros/colecao-progestores-2013-para-entender-a-gestao-do-sus>.
34. Mota E, Carvalho DM. 1999. Sistemas de informação em saúde, pp.505-521. In Rouquayrol MZ e Almeida Filho N, editores. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro. Editora Médica e Científica, 1999.
35. www.datasus.gov.br [Consultado 8 – 12 de junio 2010].
36. Ministerio da Saúde. Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Brasília: Secretaria de Ciencia Tecnologia e Insumos Estratégicos, 2008.
37. Ministerio da Educação, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Produção científica brasileira é a 15ª em todo o mundo. Brasília: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, Ministerio da Educação, 2008. [Consultado el 21 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://www.capes.gov.br/servicos/sala-de-imprensa/36-noticias/1990>.
38. Guimaraes JA. A pesquisa médica e biomédica no Brasil. Comparações com o desempenho científico brasileiro e mundial. *Ciência e Saúde Coletiva* 2004; 9(2):303-327.
39. Ministério da Saúde, Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: Secretaria Executiva, 2006. [Consultado el 16 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume1.pdf>.
40. Ministério da Saúde. Regionalização Solidária e Cooperativa) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 3. Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização Coordenação de Integração Programática, 2006. [Consultado el 21 de agosto de 2010]. Disponible en: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume3.pdf>.
41. Ministério da Saúde. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. [Consultado el 2 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume5.pdf>.
42. Ministério da Saúde. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores / – Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, 2006. [Consultado el 2 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume6.pdf>.
43. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 1), 2007.

- [Consultado el 21 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/biblioteca/livros/colecao-progestores-2013-para-entender-a-gestao-do-sus>.
44. Bahia L. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. *Saude Soc* 2005; 14(2):9-30.
45. Silva ACP; Pepe VLE. Vigilância sanitária: campo da promoção e proteção da saúde. En: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC e Carvalho A, editores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2008: 819-849.
46. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 6, I), 2007. [Consultado el 2 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/biblioteca/livros/colecao-progestores-2013-para-entender-a-gestao-do-sus>.
47. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 6, II), 2007. [Consultado el 2 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/biblioteca/livros/colecao-progestores-2013-para-entender-a-gestao-do-sus>.
48. Teixeira MG, Costa MCN. Vigilância epidemiológica: política, sistemas e serviços. En: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC e Carvalho AI, editores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2008:795-817.
49. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 10) 2007.
- [Consultado el 12 de agosto de 2010]. Disponible en: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/conass_progestores/livro_10_regulacao_em_saude.pdf.
50. Escorel S, Moreira MR. Participação social. En: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, editores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2008:979-1010.
51. Gerschman S. Conselhos municipais de saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(6):1670-1681.
52. Labra E. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios. In: Lima N et al. (ogs) Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.
53. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A saúde na opinião dos brasileiros. Um estudio prospectivo. Brasília: CONASS, 2003. [Consultado el 18 de mayo de 2010]. Disponible en: http://www.conass.org.br/admin/arquivos/opiniao_brasileiros1.pdf.
54. Macinko J, Guanais F, Marinho M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *J Epidemiol Community Health* 2006;60:13-19
55. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health*, 2009; 99(1): 87-93.
56. ABRASCO – CEBES – ABRES – REDE UNIDA – AMPASA. O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. [Consultado el 21 de octubre de 2010]. Disponible en: [http://www.cebes.org.br/media/file/O%20SUS%20PRA%20VALER%20REDUZIDO%20\(10jul2006\).pdf](http://www.cebes.org.br/media/file/O%20SUS%20PRA%20VALER%20REDUZIDO%20(10jul2006).pdf).
57. Ministério da Saúde. Mais saúde: direito de todos : 2008 – 2011. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.