

La reforma sanitaria brasileña: la victoria sobre el modelo neoliberal

Amélia Cohn^a

Resumen

El artículo esboza el panorama de la experiencia de la reforma del sistema de salud en Brasil a partir de mediados de los años setentas. Apunta sus limitaciones de naturaleza estructural y política, las estrategias políticas y sociales utilizadas y las propuestas de reorganización del sistema de salud que hoy se concretizan en el SUS (Sistema Único de Salud), uno de los sistemas públicos de salud más grandes del mundo. El eje de la exposición y del análisis está dado por la constatación de que la Reforma Sanitaria Brasileña es un ejemplo en América Latina de que es viable un proyecto alternativo para la salud democrático y universal, basado en los preceptos de la seguridad social y de que una vez instaurado es difícil de ser obstruido por las fuerzas conservadoras de corte neoliberal.

Palabras clave: reforma de salud en Brasil; derecho a la salud y la reforma sanitaria en Brasil; sistema único de salud, principios y directrices

Introducción

Brasil posee hoy uno de los sistemas públicos de salud más grandes del mundo –el SUS– (Sistema Único de Salud), una conquista de la Reforma Sanitaria Brasileña. Éste fue consagrado en la Constitución Federal, promulgada en octubre de 1988¹ y reglamentado en septiembre de 1990 por las Leyes en el 8.080² y en diciembre de 1990 por

el 8.142.³ No obstante, hasta que fue instituido y reglamentado, se recorrió un largo camino de luchas y movilizaciones por parte de las fuerzas progresistas de la sociedad brasileña. Después de su implantación formal, se tuvo que lograr implementarlo en contra de los intereses ya consolidados en el interior del sector salud y de las élites políticas conservadoras que apoyaban las directrices de las propuestas de reforma conservadoras para el sector, mismas que iban tras de sus intereses económicos y que eran defendidas (cuando no impuestas) bajo el liderazgo ideológico de las agencias multilaterales.

Por tanto, en la víspera de sus 20 años, la experiencia de la Reforma Sanitaria Brasileña se revela no sólo como exitosa, sino también irreversible, en tanto que ya consolidada. Con ello se demuestra que el modelo de los paquetes mínimos y de las privatizaciones de la atención médica no son una fatalidad para los países en desarrollo sino, al contrario, que existen alternativas y que éstas son históricamente posibles. Sin embargo, esto no significa afirmar que no continúen existiendo desafíos para llevar adelante las propuestas que inspiraron los preceptos constitucionales de 1988, que fueron pautados por un modelo de seguridad social.

Este texto hará un recorrido a través del proceso de la Reforma Sanitaria Brasileña, comenzando por describir los principales rasgos de la realidad de donde se partió cuando se inició el movimiento. A continuación serán sistematizadas las principales propuestas del movimiento sanitario y las etapas fundamentales para su implementación y, por último, se describirán los desafíos actuales que el perfeccionamiento del SUS enfrenta, dada la extensión del país, la heterogeneidad y complejidad de la sociedad brasileña, del propio sistema de salud brasileño, las cuestiones de

^aUniversidad Federal de Río de Janeiro, profesora visitante; Universidad Católica de Santos, docente del Programa de la Maestría en Salud Colectiva. Rua dos Franceses, 498 ap. 211F / Bela Vista San Paulo – SP – Brasil / CEP 01329-900, Tel/Fax: 0055-11-3284-57-15, e-mail: amelcohn@uol.com.br

Recibido: 24 de enero del 2008

Aprobado: 3 de marzo del 2008

gerencia y de financiamiento, más allá de aquellas relativas a la garantía del acceso universal de la población a los servicios de salud.

El punto de partida

Hasta muy recientemente, al inicio de los años ochentas del siglo pasado, las políticas de salud en el Brasil se caracterizaban por su vínculo estrecho con las políticas de prevención social, por lo menos en dos dimensiones: en el financiamiento y en la asistencia médica individual. En lo que respecta a la salud, de esto surgen dos fenómenos específicos del caso brasileño: la precocidad del proceso de privatización de los servicios de asistencia médica, con las consecuencias que de allí se derivan, y que ya en la década de los 20 del siglo pasado tuvo su inicio con la credencialización de servicios médicos privados por el sistema de prevención social, y el acceso a la asistencia médica por parte de la población, restringido a los trabajadores del mercado laboral formal y solamente aquellos localizados en las áreas urbanas del país, de la época enclaves dinámicos de la economía agraria exportadora y, posteriormente, industrial.

Es importante subrayar estos hechos puesto que constituyen marcos fundamentales de la dinámica y de los procesos que hasta hoy deben ser enfrentados para que sean llevados adelante los preceptos y las propuestas de la Reforma Sanitaria Brasileña, tal como originalmente fueron formulados en los años 70s y 80s, como se verá. Entonces, el primer punto a ser destacado en el caso brasileño, consiste en la vinculación entre prevención social y salud. De tal forma, hasta los años 70s, la asistencia médica se caracterizará en el país como asistencia médica de prevención social, incluyendo dentro de los servicios públicos estatales solamente aquellas acciones clásicas al campo de la salud pública. De este hecho resultan los tres marcos del perfil histórico de nuestro sistema de protección social que se remontan a la década de los años 20 del siglo pasado.

Los tres marcos del sistema de protección social brasileño

Desde el punto de vista de la economía política, el sistema de contribuciones para la prevención

social se constituye desde su origen como un mecanismo de captación de la riqueza privada de los trabajadores asalariados para su inversión en sectores estratégicos de la economía nacional, sea en el período de constitución de la economía nacional, sea en el período desarrollista o en la coyuntura actual de ajuste estructural de la economía.

Desde el punto de vista de la economía de la salud: la constitución procede de un sistema privado de salud en el país, fruto de la política de prevención social, que desde los años 20 pasó a comprar servicios de asistencia médica para sus afiliados y familiares, por medio de la credencialización de servicios y profesionales de salud y posteriormente por medio de contratos y convenios. Así, dentro de los países de América Latina, Brasil es aquel que contó con un complejo médico industrial de la enfermedad consolidado y sofisticado ya en los años 60s y 70s del siglo pasado, como se constata en el estudio clásico de Hésio Cordeiro.⁴ Este sistema privado de salud crece y se consolida a la sombra del Estado, que le garantiza una clientela cautiva –los asegurados de la prevención social– sin que el propio Estado ejerza su poder de mayor comprador de estos servicios, dictando normas de precio y control de calidad de los servicios y, mucho menos, regulando este mercado, fenómeno reciente, como se verá. Ante esta clientela cautiva y el financiamiento garantizado por el Estado, sea por la compra de los servicios o por medio de mecanismos de financiamiento mediante créditos bajos para la construcción de infraestructura hospitalaria, se consolidó en el país un complejo médico hospitalario privado sofisticado, concentrado en los núcleos urbanos de mayor porte, donde se encontraba la demanda preferencial para ese tipo de oferta –los trabajadores asalariados del mercado formal de trabajo de los sectores de punta de la economía– constituyéndose en el país un sistema de salud acentuadamente privatizado, desigual, distante de las necesidades reales de salud de la población brasileña. En resumen, un sistema de salud que, en vez de responder a las desigualdades de la realidad social y de salud de la sociedad brasileña, acababa por reproducirlas.

Desde el punto de vista de la dimensión social propiamente dicha: por estar estrechamente vinculado a la prevención social y ésta cubrir solamente a los trabajadores vinculados al mercado formal de trabajo, el enraizamiento en el imaginario social y en la conciencia de la grande mayoría de las clases asalariadas de que el derecho a la protección social –en particular el derecho a la salud, concebido casi siempre como derecho a la asistencia médica curativa– es un derecho contributivo y, por lo tanto, no universal. En este sentido, éste sólo se extendería a los sectores de la población ya insertados en el mercado formal de trabajo.⁵

Esto significa que las conquistas de la Reforma Sanitaria Brasileña –“la salud como un derecho de todos y un deber del Estado”, como dicta la Constitución en su artículo 196–¹ demandan incluso hoy un proceso de incorporación por parte de la sociedad de lo que eso significa, ya que la experiencia social, sobre todo aquella vivida por los sectores no acaudalados, es la de sólo tener acceso a los servicios médicos en dos circunstancias: o a los servicios de la prevención social, porque están afiliados como contribuyentes, o a los servicios filantrópicos; mientras que los ricos se dirigen al “libre mercado” de la medicina^a. Hasta mediados de la década de los 70 del siglo pasado los servicios públicos estatales de salud incluían las acciones preventivas (vacunación), profilácticas, de educación y promoción de la salud, así como el control de enfermedades transmisibles; pero no la asistencia médica individual, ésta última restringida a la prevención social y a la filantropía.

^a Las comillas se justifican porque el mercado de la salud era subsidiado por el Estado, sea mediante el mecanismo de contribución fiscal (descuento para fines de pago del impuesto de renta de los gastos derivados de la atención a la salud o con seguros y planes de salud para persona física) o porque en los casos de procedimientos más onerosos los ricos –aquéllos que pueden tener acceso directo a los servicios privados de salud por medio del mercado– acaban buscando y teniendo acceso al propio SUS.

Los principales puntos de confrontación

Como decía respecto al sistema de salud existente a mediados de los años setentas, cuando tuvo inicio el movimiento de la Reforma Sanitaria Brasileña, el punto de partida era extremadamente desfavorable. El sistema de salud se caracterizaba por ser acentuadamente privatizado, constituyendo un complejo médico industrial; por ser eminentemente curativo; por estar concentrado en los núcleos urbanos y en las áreas ricas de estos núcleos y, por tanto, por reproducir las características antidemocráticas de nuestra sociedad: ser altamente desigual en el acceso y en la oferta de servicios; no estar regionalizado ni jerarquizado. En fin, por no responder a ninguno de los requisitos clásicos postulados por los organismos internacionales, como la OMS y la OPS desde los años 40s del siglo pasado, sobre cuáles son los tributos que deberían caracterizar a los sistemas de salud para responder a las necesidades de la población de los países entonces considerados en desarrollo. El sistema público estatal de salud estaba destinado a aquellas acciones tradicionales de la salud pública de entonces, con programas verticalizados, centralizados, de carácter preventivo y no curativo.

Como si no bastaran las distorsiones de este sistema de salud; en realidad compuesto por dos subsistemas que no se articulaban, sino que marchaban en paralelo, dejando un gran margen de la población descubierta de cualquier forma de asistencia médica (a no ser la de carácter filantrópico, y algunas poquísimas instituciones públicas estatales hospitalarias), había una profunda escisión entre asistencia médica y asistencia a la salud o salud pública, desde el punto de vista del su financiamiento y del su administración.

Financiamiento

Con respecto a su financiamiento, la asistencia médica individual preventiva era pagada con los recursos de la prevención social, que eran administrados por ésta. El origen de estos recursos estaba en las contribuciones de los trabajadores, de los empleadores y del Estado,

incrementados por otras fuentes, como impuestos específicos e impuestos sobre juegos de azar y combustibles. Destaca en este caso que el Estado, al crear nuevos impuestos para el pago de su parte en los gastos para la prevención social, no asume para sí estos egresos como parte del gasto fiscal (sino como un vínculo de la prevención social con el proyecto de acumulación capitalista); y los empleadores traspasan su parte de la contribución al precio final del producto, rubricando esos costos como “gastos sociales”. Los recursos destinados a las acciones de salud pública, están financiadas con recursos del gasto público y por tanto de la Unión, erogando de los cofres públicos. Se crea así un vínculo doble en el área de la salud, que va a ser uno de los puntos centrales de la lucha de la Reforma Sanitaria Brasileña: la duplicidad en la administración de la salud entre la Prevención Social y la Salud Pública.

De hecho, desde el punto de vista institucional, la asistencia médica preventiva estaba hasta los años ochentas bajo el control de la Prevención Social, que en 1974, dada a la magnitud de su presupuesto, pasa a formar un Ministerio aparte, siendo que antes estaba vinculada al Ministerio de Industria y Comercio y posteriormente al Ministerio del Trabajo (lo que revela sus vínculos estrechos con el proceso y proyecto de acumulación de capital del país). En cuanto a la Salud Pública, por así decir, antes vinculada al Ministerio de la Educación, pasa a contar con un Ministerio específico solamente en 1953, e incorpora la asistencia médica de prevención social hasta 1990, ya después de la institución del SUS por la Constitución Federal de 1988. Se trataba, por tanto, de luchar para que la salud tuviera un mando único para su gestión y no fuera más víctima de la dualidad entre las medidas colectivas y las medidas médico-individuales, con dos lógicas distintas de financiamiento (una financiada básicamente por las contribuciones de los beneficiarios, disponiendo de recursos, y la otra financiada con recursos fiscales, siempre escasos) y de actuación.

Gestión

Desde el punto de vista de la gestión, se trataba de una lógica verticalizada desde el nivel federal hasta el local, centralizada, donde los estados y los

municipios eran ejecutores de las políticas formuladas en el ámbito nacional, sin ninguna autonomía de acción. La duplicidad de funciones entre la prevención social y la salud se repetía así en las esferas subnacionales, tornando imposible la implementación de políticas que revirtieran el cuadro de desigualdad y desequilibrio entre las necesidades de salud de los diferentes segmentos sociales y de las diferentes regiones del país. Por otro lado, este perfil vertical y centralizado de las políticas en el área de la salud pública, permitió que las acciones de prevención, sobretudo en lo que respecta a la aplicación de vacunas, adquirieran a lo largo de nuestra historia cierto grado de cobertura, sobre todo a partir de las campañas nacionales de vacunación, que permanecen hasta el día actual y que persisten después del proceso de descentralización ocurrido después de 1988.

Desde el punto de vista de la gestión y administración de los servicios de salud, su mayor marca era la inexistencia de cualquier forma de control público sobre las políticas de salud, prevaleciendo los criterios técnicos sobre cualquier forma de demanda social. Vale hacer constar aquí que bajo la apariencia de criterios técnicos muchas veces, dentro del cuadro de un orden político estatal y clientelista, los recursos del Ministerio de la Salud eran distribuidos según intereses políticos particulares, en detrimento de aquéllos de orden público.

Contexto nacional e internacional

Finalmente, el *contexto nacional e internacional*. En el ámbito nacional, lo que se verifica es un Brasil adscrito a las políticas de ajuste estructural de su economía en el nuevo orden global, siguiendo los preceptos de las agencias multilaterales de financiamiento para las economías de los países emergentes, siendo punta de lanza las reformas de cuño neoliberal en el área social, en particular en la salud y la prevención social. Esta política es defendida como una necesidad de disminución de deuda pública y, por tanto, de gastos fiscales, reduciendo la oferta de servicios a un paquete básico; en cuanto a la prevención social se propone como necesaria su privatización bajo el modelo de cuentas individuales administradas por fondos privados,

cuyos recursos serían aplicados lucrativamente para incrementar los montos de inversión de la economía. En términos internacionales se ha tratado de contra argumentar y defender principios y propuestas para la reforma de la salud en el país que iban en el sentido opuesto a aquel dictado por los organismos internacionales y que blandían como ejemplos de éxito de la reforma chilena^{6,7}, seguida de las reformas de la época de los demás países latinoamericanos.

En resumen, la Reforma Sanitaria Brasileña va contra la corriente del ideario hegemónico nacional e internacional, dominado por los preceptos neoliberales en una coyuntura económica estructuralmente desfavorable y afrontándose a un sistema de salud altamente privatizado, con intereses privados ya cristalizados, y ya convertido propiamente en un sector de acumulación de capital. Como hechos favorables se cuenta con algo precioso: la coyuntura política del país en lucha por la redemocratización política, a la cual el movimiento sanitario se asocia y con eso gana fuerza.

Las principales propuestas y etapas El movimiento sanitario brasileño

El movimiento sanitario brasileño surge congregando a un conjunto de fuerzas sociales y de intelectuales que se articulan con las fuerzas políticas movilizadas en pro del proceso de democratización del país desde los años setentas. Éste tuvo origen en el medio académico (en los Departamentos de Medicina Social, también denominados de Medicina Preventiva o de Medicina Comunitaria, en las Facultades de Medicina y en las Facultades de Salud Pública), incluyendo allí a los estudiantes en residencia médica, a los profesionales de la red pública de salud, las organizaciones sindicales de trabajadores de salud y del sector productivo, los sectores de la Iglesia Católica progresista, las ONGs y demás organizaciones, algunas de ellas serían el origen de los partidos políticos que surgieron al final de aquella década.

La movilización ocurrió en dos grandes frentes: uno consistía en la producción de conocimiento, orientado a la instrumentación de la lucha política,

a la elaboración de diagnósticos sobre las inequidades de la situación de la salud de la sociedad brasileña y a los desequilibrios del sistema de salud del país. Por tanto, la innovación era la perspectiva del análisis, tal como ocurría en esa época en toda América Latina: la incorporación de la perspectiva marxista a los estudios sobre salud, en oposición a la perspectiva funcionalista, hasta entonces monopólica. De allí deriva la importancia de la producción latinoamericana en Medicina Social para la producción brasileña de este periodo, al que se asoció una feliz situación: la existencia de un volumen de estudios expresivos sobre nuestra realidad, sobre las políticas sociales y su lugar en el proceso brasileño de acumulación y dominación a lo largo de la historia.

El segundo frente consistía en la movilización de los sectores organizados de la sociedad en torno de la democratización de la salud en varios espacios de acción, desde aquellos dentro del ámbito profesional de la salud y de la enseñanza, hasta sindicatos, organizaciones eclesióásticas de base, movimientos sociales, movimientos populares por salud, etc. Cabe señalar que gran cantidad de estos liderazgos provienen de mediados de la década de los años setentas, varios de ellos, entonces militantes de partidos clandestinos, posteriormente se convertirían en líderes parlamentarios, expresivos militantes del área de la salud, algunos hasta el día de hoy.

Lo interesante a notar es que aunque la producción del conocimiento y la militancia alrededor de la democratización de la salud se dieran en torno de la negación del *status quo* vigente y de las propuestas de reforma conservadoras para el sector, esa postura crítica no le impidió venir acompañada de una propuesta de reforma sanitaria progresista y altamente innovadora para el sector, a tal punto que cuando se elabora la Constitución de 1988 la salud era el sector que representaba un modelo de sistema y de organización de servicios y un conjunto de principios y de directrices que lo

colocaba como el más completo de entre todas las demás áreas sociales.

¿Cuál es el modelo de salud a ser desarrollado?

El modelo de sistema de salud propuesto es el SUS –Sistema Único de Salud– organizado de forma descentralizada, regionalizada, jerarquizada e integrada; y los principios y directrices son la universalización, la equidad, la integralidad y la gestión democrática, con el ejercicio del que se convino denominar de control social.

En este sentido, como indican Viana y Dal Poz,⁸ el caso brasileño se caracteriza por ser una reforma del sistema de salud de tipo *big bang*, en la medida en que introdujo cambios significativos en el modo de operación del sistema de salud entonces vigente en el país, entrando en vigor a partir de 1988: el principio del universalismo para las acciones de salud, la descentralización con autonomía de poder local para la gestión de sus respectivos sistemas de salud y un nuevo formato de organización de los servicios de salud bajo la lógica de la integralidad, la regionalización y la jerarquización, configurándose así un nuevo modelo de atención a la salud. Para implementar este nuevo modelo fue creado un nuevo sistema nacional de salud –el SUS– con un mando único en cada nivel de gobierno (nacional, estatal y municipal) y fueron adoptadas nuevas formas de gestión, con Consejos de Salud en cada uno de esos niveles, con composición paritaria entre gobierno y usuarios y con poder deliberativo.

Los primeros diagnósticos y estudios en el campo de lo que hoy se denomina en el país Salud Colectiva fueron responsables de los embriones de la formulación del esquema institucional de ese nuevo sistema de salud, que fue sacramentado en la constitución brasileña de 1988. Otras instituciones, congregando otras fuerzas sociales no académicas, sumaron sus esfuerzos en este sentido, como el CEBES (Centro Brasileño de Estudios de Salud), con gran capacidad de penetración y movilización junto a los profesionales de salud de los servicios públicos, los denominados “sanitaristas” y la ABRASCO (Asociación Brasileña de Posgrados en Salud Colectiva), ésta sí también vinculada al mundo académico, como el propio nombre indica, pero con una enorme capacidad de movilización. Sin embargo, fue la VIII Conferencia Nacional de Salud,⁹ de 1986 el gran marco que selló las

propuestas y directrices de lo que iría a constar en la carta magna brasileña dos años después. Presidida por el vivaz y brillante sanitarista, académico y político Sergio Arouca, el evento congregó millares de militantes del más variado origen y representantes del poder legislativo y de éste salió el documento fundamental que orientó las acciones de la Asamblea Nacional Constituyente.

Estrategia política del movimiento sanitario

¿Cuál fue la estrategia política adoptada por el movimiento sanitario? La Reforma Sanitaria Brasileña fue liderada básicamente por dos fuerzas políticas entonces presentes en el frente democrático de aquel período, al final de los años setentas e inicio de los ochentas: el PCB (Partido Comunista Brasileño), en la clandestinidad, y el entonces recién creado PT (Partido de los Trabajadores), con estrechos vínculos con los sindicatos de los sectores de punta de la región metropolitana paulista, con sectores progresistas de la Iglesia (sobre todo los movimientos eclesiásticos de base) y con los movimientos populares. La hegemonía del movimiento sanitario, mientras tanto, acomodó a los comunistas, que en esa condición impusieron su estrategia: como partido de cuadros, al contrario del PT, que se proponía ser un partido de masas, optó por la estrategia de ocupación de espacios al interior del aparato de Estado, en todos los niveles de gobierno. Aunque en la época esta diferencia de estrategias –movilización “para fuera” u “ocupación de espacios”– generaba tensiones en el interior del movimiento, éstas acabaron por complementarse, mientras las acciones de los petistas conquistaban el apoyo social para el movimiento sanitario, los comunistas avanzaban institucionalmente en las medidas en pro de las propuestas del SUS a partir del aparato de Estado. Cabe mencionar aquí que auxilió en la implantación del SUS el hecho de que buena parte de los egresados del Partido Comunista vinculados a la lucha sanitaria mantiene todavía el viejo hábito y continúan girando por los puestos del aparato estatal, lo cual trae algunos problemas, aunque por otro lado puede tener la ventaja de garantizar mínimamente la continuidad de los preceptos de las propuestas originales de la reforma.

En este sentido, se puede afirmar que el movimiento político de la Reforma Sanitaria Brasileña se dio en tres grandes frentes: uno, implementando innovaciones progresivas en el sistema de salud a partir del interior del propio aparato de Estado; otro, en el ámbito del Legislativo, negociando el texto constitucional; y la tercera, junto a la sociedad, movilizándolo a los profesionales de la salud, a los trabajadores y a los movimientos populares. En ese proceso había cierta división de trabajo: en el ámbito institucional, la primacía correspondía a los líderes y militantes comunistas, mientras que en la movilización de las masas y de las fuerzas populares, la primacía era para los militantes petistas. Así, a pesar de discrepancias en cuanto a la estrategia política y las concepciones de fondo sobre las cuales se basaban los principios y las directrices de la Reforma Sanitaria –se podría decir una de cuño más social-demócrata (la primera) y la segunda de cuño más socialista– ambas confluyeron para el éxito de la institución del SUS con sus preceptos y directrices afianzados en el concepto de seguridad social.

De hecho, ese fue el gran salto cualitativo que constituye el sello de la Reforma Sanitaria Brasileña: el hecho de que la salud está concebida, a partir de 1988, como parte del sistema de seguridad social, desde el modelo de los sistemas europeos. Hecho sorprendente, ya que se estaba en el final de la década de los ochentas, cuando la avalancha neoliberal atacaba inclusive a aquellos sistemas, buscando su desarticulación. De allí la razón del título de este artículo: de hecho la Reforma Sanitaria Brasileña representa, en nuestro caso, la derrota del modelo neoliberal.

El Sistema Único de Salud –SUS–

El SUS es un sistema universal y gratuito de acceso a la atención integral a la salud, con equidad. En cuanto a modelo de atención, es regionalizado, jerarquizado y descentralizado. Aún cuando fue creado solamente en 1988, comenzó a ser construido ya en el período de redemocratización del país, viabilizado por la estrategia política adoptada por el movimiento sanitario. La ocupación de puestos estratégicos en el interior del aparato de Estado por parte de los “reformistas” posibilitó que una serie de medidas

anteriores a 1988 fueran adoptadas en el ámbito de las políticas de salud y al configurarse como pasos decisivos en la preparación para la implantación del SUS a partir de aquel año, facilitaron su realización. La mayor parte de éstas eran medidas preliminares en el proceso de fortalecimiento del sector público de prestación de servicios de atención a la salud, a partir de la compra de estos servicios para sus beneficiarios por parte de la Previsión Social, hecho inédito hasta entonces; otras se refieren a la descentralización de la operación del sistema, ya no tan verticalizado, con la creación del Sistema Unificado y Descentralizado de Salud (SUDS), antes de la Constitución de 1988, que aunque todavía bajo el control de la Previsión Social, acabó intensificando las iniciativas dirigidas a la descentralización y universalización del sistema de salud; otra más promovió la introducción de nuevas formas de remuneración para los servicios de asistencia médica prestados a los beneficiarios de la previsión social (por los sectores público y privado) llevando a una mayor racionalidad en el sistema de pago.

Sin embargo, una vez creado y reglamentado el SUS por las leyes ya citadas en el año de 1990, se debía entonces ponerlo en práctica. Los desafíos no eran –y continúan sin ser– pequeños. No obstante, a partir de entonces, eliminada la doble gestión de la salud entre el Ministerio de la Previsión Social y el Ministerio de la Salud, ésta se fortalece y pasa a operar el sistema a partir de leyes ministeriales, que fueran denominadas Normas Operacionales Básicas del SUS (NOB-SUS), que a partir del año 2000 pasaron a denominarse Normas Operacionales de Asistencia a la Salud (NOAS). Las primeras trataban fundamentalmente de la cuestión de la descentralización, normatizando ese proceso, atribuyendo funciones y atribuciones a las distintas unidades de la federación, bien reglamentando criterios para la transferencia de recursos de la esfera federal para las esferas subnacionales y creando instancias de negociación entre esas esferas; y las segundas se destinaban más a la cuestión de la regionalización de la asistencia a la salud, cuidando de crear un mayor equilibrio entre las desigualdades regionales.

En este rubro merece destacar una medida de impacto en lo que respecta a los mecanismos de transferencia de recursos de la esfera nacional a las esferas subnacionales. Hasta ese momento ésta era realizada a partir de dos bases de cálculo –o por la oferta de servicios (infraestructura instalada) o por la producción– y a veces incrementada por alguna otra consideración de menor peso. A partir de 1998 este paradigma de transferencia de recursos cambia y pasa a ser automático con base en un valor fijo *per capita* para procedimientos de atención básica (acciones individuales o colectivas); con eso el Ministerio de la Salud pasó a garantizar la transferencias de recursos mensuales para los municipios; regulares y automáticas, disminuyendo las desigualdades y eliminando las contingencias de orden político tanto en la garantía como en el destino de esos recursos, fortaleciendo el papel del poder local en la administración de su sistema de salud. A partir de ese PAB (Piso Asistencial Básico) se avanzó en su desarrollo. Con la creación del Programa de Salud de la Familia (PSF) pasa a denominarse Piso de la Atención Básica y se desarrolla en montos fijos (un mismo valor nacional *per capita*) y variables, que se transforman en un instrumento de transferencia de recursos de programas prioritarios del gobierno federal, como el PSF, Partida para la Asistencia Farmacéutica y el Programa de Control de las Carencias Nutritivas. La introducción de este nuevo mecanismo de transferencia de recursos, conviviendo con los anteriores, profundizó el proceso de descentralización de la salud en el país, fortaleciendo los principios del SUS, en especial la universalidad de los servicios y la equidad e integralidad en su prestación y fortaleció la gestión del poder local sobre la salud, toda vez que la totalidad de los 5.604 municipios brasileños recibe transferencias directas de recursos del gobierno federal.

PSF como estrategia de cambio al modelo de atención a la salud

Por otro lado, con la introducción del Programa Agentes Comunitarios de Salud en 1991 y del PSF en 1994, que comenzaron a ser implementados en las regiones más pobres del país, se comprobó en estas localidades una disminución significativa de la mortalidad infantil y un aumento significativo

de la cobertura de servicios básicos de salud, como puerta de entrada para la atención a la salud de mayor nivel de complejidad. A partir de 1994 el PSF se expande de forma acelerada por todo el territorio nacional, incluyendo las grandes metrópolis, estando hoy presente en todos los municipios brasileños, constituyendo uno de los programas de salud prioritarios a nivel federal desde su creación.

Aquí caben dos señalamientos importantes, el primero respecto al hecho de que el PSF consiste en una estrategia de cambio al modelo de atención a la salud, en cuanto a política de salud, y no un programa de salud en sí. Por medio de éste lo que se busca es alterar el modelo operado por el SUS, pues se trata, según documentos oficiales, “de una estrategia de reorientación del modelo asistencial operacionalizada mediante la implantación de equipos multiprofesionales en unidades básicas de salud” que acompañan un número definido de familias residentes en un área geográfica delimitada. Estos equipos se ocupan de la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de las enfermedades y problemas de salud más frecuentes, así como de la manutención de la salud de la comunidad, desarrollando las acciones propias de la atención básica a la salud.

Así se introduce una gran innovación, que acompaña a la nueva forma de transferencia de recursos ya mencionada, con el PAB, que reduce las desigualdades de financiamiento a nivel nacional favoreciendo las esferas subnacionales, y que significa una búsqueda activa para hacer disponibles los servicios de salud que demanda la población, expandiendo la cobertura más allá de los límites de sus instalaciones. El objetivo es no sólo expandir la cobertura –y por tanto la universalidad del SUS– sino hacerlo más efectivo y racionalizar su funcionamiento en el sentido de tornar a la atención básica efectivamente en la puerta de entrada para el sistema de salud, abarcando la atención a la salud de la comunidad. La prioridad dada al PSF, desde su creación, involucrando, por tanto, gobiernos de distintos partidos, es tal que se verifica una ampliación extremadamente acelerada del número de equipos por todas las áreas y regiones del país. Y si la estrategia utilizada fue en el inicio la de comenzar a implantarlas en las áreas de mayor pobreza, hoy

el PSF está extendido por todo el territorio nacional, abarcando inclusive áreas de renta diferenciada, hasta porque la segregación espacial, sobre todo en las áreas metropolitanas, no es tan rígida.

El segundo señalamiento tal vez sea el más importante y significativo: el hecho de que el Programa de Agentes Comunitarios de Salud y principalmente el Programa Salud de la Familia, dado que es prioritario, no pueden de forma alguna ser confundidos con el clásico “paquete básico” preconizado por las agencias internacionales tipo Bird.¹⁰ De hecho, lo que llama la atención en el caso brasileño es el hecho de que no sólo en la salud, sino también en las demás políticas sociales, como en el Programa Bolsa Familia, por ejemplo, es que no se configuran como “paquetes básicos” porque el área social desde 1988 está calcada específicamente sobre los preceptos de la seguridad social y, como tal, los beneficios y servicios sociales están basados en la concepción de derechos sociales, pese a la herencia histórica desfavorable de la ciudadanía regulada, señalada al inicio de este texto. Es esto lo que hace que la propuesta del PSF no se transfigure en una estrategia de reducción de costos para el Estado, de dotación de asistencia básica a la salud para los pobres, dejando para el mercado y la responsabilidad individual y familiar la cobertura de los demás riesgos y agravios a la salud. Claro está que dada a la complejidad de la realidad social brasileña la cuestión de la integralidad y de la equidad del acceso todavía constituye un desafío enfrentado de manera cotidiana, sobre todo porque requiere inversiones de infraestructura en equipo de mayor monto para el sector. No obstante, es lo que está siendo llevado a cabo, a pesar de las restricciones de orden presupuestario. Con esto se introduce la cuestión del financiamiento.

El SUS y el financiamiento de la salud

El financiamiento de la salud en el Brasil combina varias fuentes de recursos, siendo que 2/3 son de origen público y el 1/3 restante proveniente de recursos privados. Este volumen de recursos públicos no contabiliza transferencias indirectas del sector público para el mercado privado a través del mecanismo de renuncia fiscal del

Estado, forma indirecta de subsidio público para el sector privado de la salud, que significa descontar de los gravámenes fiscales debidos al Estado los gastos directos de pago de servicios médicos y planes y seguros de salud privados (lo que también ocurre en el caso de la educación). De esta forma, es muy significativa la participación de los recursos públicos en el financiamiento de la salud, obedeciéndose así a la Constitución Brasileña de 1988, que en su artículo 198,¹ párrafo único, reza que “el Sistema Único de Salud será financiado... con recursos del presupuesto de la seguridad social, de la Unión, de los Estados, del Distrito Federal y de los Municipios, además de otras fuentes”. Así, estos recursos para el financiamiento público de la salud se encuentran constitucionalmente vinculados al presupuesto de la Seguridad Social, que comprende prevención Social, Salud y Asistencia Social.

Los recursos de la Seguridad Social, a su vez, tienen como fuentes financieras más significativas recursos de origen tributario y fiscal, en general, recaudados bajo la forma de contribuciones, para no configurarse como nuevos impuestos y con eso tener que pasar por trámites legales e institucionales que implicasen mayoría absoluta en el Congreso Nacional, puesto que exigirían cambios constitucionales. A título de ejemplo, los casos de la creación del Impuesto Provisorio sobre Movimientos Financieros (IPMF), en 1994, substituido en 1997 por la Contribución Provisoria sobre Movimientos Financieros (CPMF), instituida como recurso de emergencia frente al estrangulamiento del presupuesto para la salud, dado el impuesto inflacionario que agravaba la escasez de recursos presupuestales disponibles para el sector. Instituido siempre por medio de Enmiendas Constitucionales, instrumento de prerrogativa del Ejecutivo, teniendo que ser posteriormente aprobado por el Legislativo, la CPMF fue sucesivamente re-editada, aún siendo sus recursos destinados también para otras áreas sociales, no exclusivamente para la salud, hasta que recientemente, en diciembre de 2007, fue revocada por el Congreso Nacional.

Nótese que la CPMF se configuraba como uno de los tributos fiscales más justos del país, porque era progresivo: como un “impuesto del cheque” (así era conocido), sólo incidía sobre quien tenía

acceso al sistema financiero. y fue exactamente por eso que fue vetado por la oposición en el Congreso Nacional en un segundo mandato de un gobierno progresista que conquistó definitivamente la estabilidad de la economía, retomó el crecimiento económico (aunque modesto), la recuperación del crecimiento del empleo formal (modesto) y una enorme expansión de las políticas sociales de perfil redistributivo.

El presupuesto de la salud

En el año de 2007, el presupuesto ejecutado por el Ministerio de Salud¹¹ fue de R\$ 40 billones de reales (US \$ 23,4 bi) para atender, en teoría, a los 183 millones de brasileños. Sin embargo, cerca de 40 millones de brasileños (los cálculos nunca son precisos) poseen algún tipo de cobertura privada de seguro para la salud, lo que permite calcular que serían en realidad 143 millones de brasileños beneficiarios. No obstante, nótese que para aquellos 40 millones vinculados al subsistema suplementar de asistencia médica, para este mismo año, fueron destinados R\$ 60 billones de reales (US\$ 35,1 bi). ¡Por tanto, es un mito que la iniciativa privada de la salud es más barata que la pública o que el mercado dispone mejor de los recursos que el Estado!

Para que se entienda bien esta disparidad de costos de la asistencia a la salud, y de gastos entre los sectores público y privado de la salud, es necesario que se introduzca aquí –y a propósito fue pospuesto para hacerse sólo en este momento– una caracterización más amplia del sistema de salud brasileño. Éste es compuesto de dos subsistemas: el SUS, el subsistema público de salud, y el subsistema suplementario de asistencia médica. Es a este subsistema al que se destinan los recursos privados para la salud, en su gran mayoría subsidiados por el Estado por el mecanismo estatal de la renuncia fiscal, haciendo con esto que una política estatal de naturaleza fiscal acabe por viabilizar un mercado privado para la salud –regulado por el Estado, como se verá– al mismo tiempo en que las fuerzas políticas movilizadas en torno a la salud buscan garantizar recursos para el financiamiento del sector.

En este sentido, cabe señalar la importancia de la iniciativa de la CPMF, aunque estos recursos, a

pesar de que en su gran mayoría estén vinculados a la salud, no han significado su ampliación en el mismo monto de su recaudación, toda vez que lo que se verificó fue mucho más una substitución de fuentes de recursos que la expansión de los mismos, dada la coyuntura económica desfavorable de la política económica de ajuste estructural de la economía. Pero vino en socorro del sector el Proyecto de Enmienda Constitucional al 29 (EC 29), aprobada como Enmienda Constitucional en 2000, que introdujo una importante alteración en la forma de financiamiento global del sistema de salud. Esa enmienda definió reglas para la participación de las tres esferas del gobierno en el financiamiento del sector (niveles nacional, estatal y municipal): en el nivel federal, los gastos para la salud serán reajustados, mínimamente por la variación nominal del PIB y parte de los presupuestos de los estados y de los municipios estará obligatoriamente vinculada a la salud –en el mínimo 7% del presupuesto, debiendo llegar al 12% y 15%, respectivamente, hasta 2004; y la diferencia para lograrse ese techo debe ser reducida en un quinto a cada año. Lograr ese nivel no sólo significó un aporte significativo de recursos para el sector, sino que volvió más estables esos recursos, hasta entonces sujetos a los ataques– como el resto toda el área social, de las contingencias dictados por las necesidades de las políticas de ajuste estructural y de estabilización económica que venían siendo adoptadas y que en el Brasil todavía estaban pasando por un periodo de transición hacia un modelo menos ortodoxo.

No obstante, una vez garantizado ese nivel mínimo, un nivel bastante más elevado de recursos para el sector de la salud (aunque, claro, siempre insuficientes frente a la demanda y las necesidades de salud históricamente reprimidas) restaba todavía combatir en otro frente: el mercado privado de la salud.

La regulación del sector salud

Los gobiernos neoliberales del inicio de los años 90s adoptaron, paralelamente, las privatizaciones de las empresas estatales y el desmantelamiento del Estado, por medio de las terciarizaciones, las agencias de regulación como mecanismo para “disciplinar” el mercado en áreas estratégicas,

hasta entonces bajo el dominio del Estado-empresario, herencia del periodo desarrollista.

En la salud no fue diferente. Fueron creadas como autarquías vinculadas al Ministerio de la Salud la Agencia de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), en 1999, con el objetivo de ser una agencia reguladora del control sanitario sobre la producción y comercialización de productos y servicios sometidos a la vigilancia sanitaria; y en el año 2000 fue creada la Agencia Nacional de Salud Suplementar (ANS), con la función de regular las operadoras sectoriales de la asistencia suplementar de salud, en defensa del interés público. A pesar de todo el debate que está siendo trabado al respecto de la capacidad de esas agencias reguladoras respecto a ser efectivamente capaces de regular el mercado, sobre todo en estos casos de mercados imperfectos, el hecho es que en el caso específico brasileño, éstas se han revelado como un instrumento más para llevar a la esfera pública la discusión y el debate sobre los intereses privados y públicos en juego en el caso de la salud, posibilitando conquistas concretas, como la ampliación de la cobertura de asistencia a enfermedades por planes y seguros de salud, antes no contemplados en los contratos.

Debido la diversidad y la complejidad de ese subsistema suplementario de asistencia médica estas agencias se tornaron tan importantes que comprenden varias formas de organización, como empresas médicas (medicina de grupo), cooperativas médicas; autogestión; seguros y planes de salud, siendo que la principal tensión ocurre entre las operadoras y las prestadoras de

servicios (las empresas privadas de asistencia médica y de servicios de diagnóstico y terapéutica).

Nuevas formas de gestión y control público

A partir del SUS, con la Constitución de 1988, la salud comenzó a contar con instancias de participación de la sociedad civil en la gestión de la salud. Son los Consejos de Salud –Nacional, Estatal, y Municipal– con composición paritaria entre gobierno y sociedad y deliberativos, condición para que estados y municipios reciban las transferencias de recursos federales. Las

unidades de servicios pueden contar también con consejos gestores, aunque no es obligatorio. De inicio la presidencia de estos consejos era ejercida por el ministro o secretario de salud; más recientemente, viene siendo ejercida por otros representantes, no excepcionalmente por miembros de la comunidad.

Además de esos Consejos está todavía el Consejo Nacional de Secretarías Estatales de Salud y el Consejo Nacional de Secretarías Municipales de Salud, que no constan en el organigrama oficial del SUS, pero que están alocados junto al Ministerio de la Salud y que funcionan como instancias intermediarias de negociación entre las unidades de la federación en lo que respecta no sólo a las cuestiones relativas a la equidad federativa en la distribución de recursos, sino también a las cuestiones más generales de las políticas de salud. Estos espacios se han ido transformando cada vez más en preciosas instancias de consolidación de una práctica democrática de decisión entre gestores responsables por sus respectivos sistemas de salud, ya que son compuestos exclusivamente por ellos, sin participación de la sociedad. Pero en el caso brasileño, dada la diversidad de tamaño y riqueza entre los municipios, esos espacios de congregación de gestores se vuelven extremadamente importantes para intercambios de experiencias y formulación de pautas de negociaciones junto a las instancias superiores (estatales, en el caso de los poderes locales, y nacional, en el caso de las estatales).

Además de esto, la existencia de mecanismos de ejercicio del control público previstos en la Constitución Brasileña como componente del SUS posibilitó la emergencia de incontables nuevos actores y sujetos sociales movilizados en torno de la cuestión de la salud. De hecho, a partir de 1988, lo que se verificó en el país fue una multiplicación acelerada de nuevos actores sociales que extrapolaron los cuadros de los segmentos organizados de la sociedad y pasaron a comprender inclusive usuarios de los servicios de salud que a partir de esa experiencia comenzaron a actuar junto a los movimientos sociales de salud, transformando a Brasil en un gran laboratorio de experiencias de participación social de la más variada naturaleza.

De la misma forma, la participación de los profesionales de la salud en esas instancias deliberativas, los Consejos Gestores, también introdujo otra cultura en los servicios de salud. Esta tiende a hacer el trabajo de esos profesionales menos burocratizado, más comprometido con el público, y menos corporativo, aunque sea del dominio público que la burocracia es el sector de la sociedad que más resistencias tiende a oponer a cualquier tipo de cambio en su forma de actuación y comportamiento.

Si un balance de estas experiencias, ya sea desde la perspectiva de mayor autonomía local para la gestión de los propios sistemas de salud, fruto del proceso de descentralización que se verificó a partir de entonces; o sea desde la perspectiva de la democratización de la gestión de los servicios y de los sistemas de salud, con la introducción del ejercicio del control social, apunta hacia avances significativos, también lo hace hacia un largo camino pendiente aún de recorrer. Pero no queda duda de que el hecho más positivo que se verifica es que con la implantación del control público sobre la política de salud y sobre la gestión de la salud lo que se verifica es la ampliación y la posibilidad del fortalecimiento del espacio público en la sociedad brasileña, condición para la democratización de la salud y de la sociedad.

Conclusiones: ¿Hacia dónde caminar?

A pesar de ya estar en edad adulta, dado que cumplirá el próximo octubre 20 años de edad, el SUS todavía es un proceso en construcción. En su trayectoria ha tenido que enfrentar periodos de inestabilidad de recursos financieros, resistencias para modificar en los paradigmas asistenciales del sistema de salud entonces vigente – de un modelo de atención a la demanda espontánea para un modelo con presencia más activa de la promoción de la salud y de la prevención de enfermedades, debiendo además superar las dificultades derivadas de un proceso de gestión complejo proveniente del proceso de descentralización, que a veces dejó indefinida la división de responsabilidades entre las tres instancias de gobierno: nacional, estatal y municipal.

Por otro lado, en este periodo se amplió mucho la esfera de actuación del Ministerio de la Salud, que

pasa a implantar programas en las áreas de asistencia odontológica, de la salud de la mujer, del viejo, del trabajador, de las ETS/SIDA, introduce los medicamentos genéricos e incrementa programas de combate a la mortalidad infantil, a la desnutrición, a las molestias infecciosas, entre tantas otras acciones. La inclusión de servicios gratuitos en el SUS es notable: van desde vacunación hasta transplantes de órganos y tejidos.

El punto de partida puede ser caracterizado como un sistema de salud eminentemente privado, con financiamiento eminentemente público. Actualmente esa realidad está siendo invertida: basta ver que mientras en 1995 la relación camas hospitalarias públicas/1000 habitantes era de 0,71 por una relación de camas privadas/1000 habitantes de 2,29, en 2005 pasa a ser de 0,84 por 1,19,¹² indicando un incremento substancial de inversión pública en la infraestructura de servicios hospitalarios de salud, hecho inédito en nuestra historia. Como eso viene acompañado de la expansión acelerada de la atención básica a la salud, lo que se verifica es la reafirmación de lo que ya fue mencionado anteriormente: la expansión de la universalidad de la cobertura de la atención a la salud por el SUS, vía la estrategia del PSF, garantizándose al mismo tiempo la integralidad de la atención a la salud una vez que se busca invertir en los demás niveles de complejidad del sistema.

Hay todavía enormes desafíos a ser enfrentados: filas para consultas, sobretodo en el caso de la atención hospitalaria y de las cirugías electivas; el recrudecimiento de algunas enfermedades como dengue, fiebre amarilla, etc. no obstante, no puede pasar desapercibido el hecho de que las investigaciones de evaluación del SUS por parte de la población indican un dato interesante: los que lo evalúan negativamente son exactamente aquellos que no lo utilizan; quien usa el SUS evalúa de forma positiva la atención que recibe, y está satisfecho con la resolución de su caso.

Racionalizar la gestión es hoy uno de los puntos de estrangulamiento resaltados por los responsables actuales de las políticas de salud del país. Para enfrentar la cuestión de la burocracia y de la lentitud propia de la administración pública

directa, la alternativa indicada ha sido la flexibilización de la gestión pública por medio de contratación de organizaciones sociales de interés público, pero de índole privado, con control público. Este ejemplo aquí resaltado, semejante al del PSF, se podría caracterizar como un “paquete básico”.

Así, configurándose en una contrarreforma de la Reforma Sanitaria Brasileña. Esta propuesta de “flexibilización” de la administración directa de los servicios públicos de salud fue derrotada en la última Conferencia Nacional de Salud, realizada en diciembre de 2007, convocada por el Ministerio de la Salud, lo que históricamente está obligado a hacer, y fue derrotada, por lo menos por ahora. He aquí un ejemplo más de las raíces sociales de la Reforma Sanitaria Brasileña, que garantizan en cuanto a movimiento social, que resista la embestidas de los intereses neoliberales derrotados, y pueda, a pesar de las inercias de estos tiempos de tendencias neoliberales y globalizantes, seguir adelante en la construcción de un sistema de salud público, universal y democrático.

Ningún proceso histórico es lineal, como todos sabemos. Mucho menos sin contradicciones. De una reforma *big bang* hoy puede ser ésta caracterizada como un proceso que sigue como un modelo de reforma *incremental*, ya que lo que está en juego es hacer avanzar las conquistas del movimiento sanitario y consolidarlas. Eso requiere también innovaciones institucionales y científicas, tanto del punto de vista de la gestión, como del punto de vista del modelo de atención a la salud, así como del punto de vista de las nuevas formas de relación entre el Estado y la sociedad. Esto, mientras tanto, extrapola el ámbito de la salud, y el gran aprendizaje es que como reforma sectorial sus respuestas específicas tienen que ser al mismo tiempo eficaces, abiertas al diálogo con otras áreas de actuación del Estado. Lo cierto, por lo pronto, es que los avances dados a partir de 1988, a pesar

de las idas y venidas del proceso de implantación del SUS, ya se revelaron irreversibles. Y este es el gran hecho.

Referencias

- ¹ Brasil. Congreso Nacional. Constitución de la República Federativa de Brasil. Brasilia, 1988.
- ² Brasil. Ley 8.080 de 19 de septiembre de 1990. Dispone sobre las condiciones para la promoción, protección y recuperación de la salud, la organización y el funcionamiento de los servicios correspondientes y da otras providencias. Brasilia, 1990.
- ³ Brasil. Ley 8.142, de 28 de diciembre de 1990. Dispone sobre la participación de la comunidad en la gestión del Sistema Único de Salud - SUS y sobre las transferencias intergubernamentales de recursos financieros en el área de la salud y da otras providencias. Brasilia, 1990.
- ⁴ Cordeiro H. la industria de la salud en el Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- ⁵ Santos WG. Ciudadanía y justicia: la política social en el orden brasileño. 2nd ed. San Paulo: Paulus, 1987.
- ⁶ Labra ME. Política y salud en Chile y en Brasil: contribuciones para una comparación. Cienc. salud Coletiva. 2001;6(2):361-76.
- ⁷ Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. Cad. Salud Pública. 2002;18(4):905-25.
- ⁸ Viana ALD'Á, Dal Poz M. la Reforma del Sistema de Salud en Brasil y el Programa de Salud de la Familia. Physis. 2005; 15(Supl.): 225-64.
- ⁹ Brasil. Ministerio de Salud. Conferencia Nacional de Salud, 8va, 1986. Relatorio Final. Brasilia: MS, 1987.
- ¹⁰ Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud. 1st ed. Washington: Oxford University Press, 1993.
- ¹¹ Brasil. Ministerio del Planeamiento Presupuesto y Gestión. Secretaria de Presupuesto Federal. Orçamento 2007. Brasília: SOF, 2008.
- ¹² Brasil. Ministerio de Salud. Red Interagencial de Informaciones para la Salud. Indicadores y Datos Básicos. Brasilia: Datasus, 2008



Medicina Social

Salud Para Todos