Revista del Instituto de Ciencias de la Salud | UNAJ | ISSN: 3008-7627 | Julio - Diciembre 2025 | Nº5

Debates sobre contextos, políticas y desafíos en los sistemas de salud entre lo global y lo latinoamericano. El caso del Sistema Único de Salud de Brasil

Debates on Contexts, Policies, and Challenges in Health Systems between the Global and Latin American Arenas: The Case of Brazil's Unified Health System (SUS)

Debates sobre contextos, políticas e desafios nos sistemas de saúde entre o global e o latino-americano. O caso do Sistema Único de Saúde do Brasil

Agustín Affre[1],
Arnaldo Medina[1] (ORCID: 0000-0002-0729-8503),
Patricio Narodowski[1, 2, 3]

Contacto
Patricio Narodowski -Email: pnarodowski@unaj.edu.ar

Filiaciones
1. Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina 2. Universidad Nacional de La Plata, Argentina 3. Universidad Nacional del Noroeste de Buenos Aires, Argentina

Citar como
Affre A, Medina A, Narodowski P. *Debates sobre contextos, políticas y desafíos en los sistemas de salud entre lo global y lo latinoamericano. El caso del Sistema Único de Salud de Brasil.* Desde Acá. 2025; 5: 81-111.

Resumen

Hablar de políticas de salud implica reconocer cambios en el modo de pensar en cada época para diferenciar claramente enfoques, redefinir lo que entendemos por salud y los modos de cuidarla, repensar los modelos tradicionales y buscar enfoques efectivamente más inclusivos. Estas políticas -como otras- enfrentan un doble pulso: el global, marcado por el incremento de la esperanza de vida, los avances tecnológicos, los nuevos tratamientos, también la crisis ambiental y el peligro de pandemias; en paralelo, para las periferias, entre ellas, nuestro subcontinente, la desigualdad estructural y la inestabilidad política, así como la fragmentación de los sistemas.

En este escenario, las reformas se han cimentado en diversos fundamentos teóricos y se han desarrollado en el marco de una compleja interacción entre propuestas universalistas de distinto alcance, con variadas combinaciones de lo público, lo privado y la sociedad civil. Todo ello ha ocurrido en contextos de proyectos políticos en pugna y de realidades económicas heterogéneas, que dieron lugar en la práctica a una amplia gama de procesos, experiencias y resultados.

En este documento se analizan los cambios ocurridos en la concepción del Estado y de las instituciones de salud a escala mundial y latinoamericana, y se estudia un caso particular: el del Sistema Único de Salud de Brasil (SUS). El abordaje se realiza en el marco de la disputa entre el enfoque neoinstitucionalista (NI) radical —para muchos identificado con el "neoliberalismo"— y una interpretación intermedia entre este y el anterior paradigma del Estado de Bienestar, denominada aquí neoinstitucionalismo equilibrado. Asimismo, se considera la irrupción en América Latina de la concepción de la Salud Colectiva, de la cual el SUS habría incorporado ciertos conceptos.

Palabras clave: Políticas de salud, Seguro Único de Salud, Sistemas sanitarios, Neoinstitucionalismo.

Abstract

Talking about health policies implies recognizing changes in the prevailing modes of thought in each era, in order to clearly differentiate approaches, redefine what we understand by health and the ways of caring for it, rethink traditional models, and seek approaches that are genuinely more inclusive. These policies—like others—face a dual dynamic: on the global level, marked by the increase in life expectancy, technological advances, new treatments, as well as the environmental crisis and the threat of pandemics; and in parallel, for the peripheries, including our subcontinent, structural inequality and political instability, together with the fragmentation of health systems.

In this scenario, reforms have been grounded in diverse theoretical foundations and have unfolded within the framework of a complex interaction between universalist proposals of varying scope, with different combinations of the public, the private, and civil society. All of this has taken place in contexts of political projects in conflict and heterogeneous economic realities, which in practice gave rise to a wide range of processes, experiences, and outcomes.

This document analyzes the changes that have occurred in the conception of the State and health institutions at both the global and Latin American scales and examines a particular case: Brazil's Unified Health System (SUS). The analysis is carried out within the framework of the dispute between the radical neo-institutionalist (NI) approach—identified by many with "neoliberalism"—and an intermediate interpretation between this and the previous paradigm of the Welfare State, referred to here as balanced neo-institutionalism. It also considers the emergence in Latin America of the Collective Health perspective, from which SUS is understood to have incorporated certain concepts.

Keywords: Health Policies, Unified Health Insurance, Health Systems, Neo-institutionalism.

Resumo

Falar de políticas de saúde implica reconhecer mudanças nas formas de pensar em cada época, a fim de diferenciar claramente os enfoques, redefinir o que entendemos por saúde e as maneiras de cuidá-la, repensar os modelos tradicionais e buscar abordagens efetivamente mais inclusivas. Essas políticas —como outras— enfrentam uma dupla dinâmica: no plano global, marcada pelo aumento da expectativa de vida, os avanços tecnológicos, os novos tratamentos, bem como a crise ambiental e o perigo de pandemias; em paralelo, para as periferias, entre elas o nosso subcontinente, a desigualdade estrutural e a instabilidade política, assim como a fragmentação dos sistemas de saúde.

Nesse cenário, as reformas têm se apoiado em diversos fundamentos teóricos e se desenvolveram no marco de uma complexa interação entre propostas universalistas de diferentes alcances, com variadas combinações do público, do privado e da sociedade civil. Tudo isso ocorreu em contextos de projetos políticos em disputa e de realidades econômicas heterogêneas, que deram lugar, na prática, a uma ampla gama de processos, experiências e resultados.

Este documento analisa as mudanças ocorridas na concepção do Estado e das instituições de saúde em escala mundial e latino-americana, e estuda um caso particular: o do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS). A análise é realizada no marco da disputa entre o enfoque neo-institucionalista (NI) radical —para muitos identificado com o "neoliberalismo" — e uma interpretação intermediária entre este e o anterior para-

digma do Estado de Bem-Estar, denominada aqui neo-institucionalismo equilibrado. Considera-se também a irrupção, na América Latina, da concepção da Saúde Coletiva, da qual o SUS teria incorporado certos conceitos.

Palavras-chave: Políticas de Saúde, Seguro Único de Saúde, Sistemas de Saúde, Neoinstitucionalismo.

Revista del Instituto de Ciencias de la Salud | UNAJ | ISSN: 3008-7627 | Julio - Diciembre 2025 | Nº5

Debates sobre contextos, políticas y desafíos en los sistemas de salud entre lo global y lo latinoamericano. El caso del Sistema Único de Salud de Brasil

Agustín Affre, Arnaldo Medina y Patricio Narodowski

Introducción

Hablar de políticas de salud implica reconocer cambios en el modo de pensar en cada época para diferenciar claramente enfoques, redefinir lo que entendemos por salud y los modos de cuidarla, para repensar los modelos tradicionales y dar paso a enfoques más efectivamente inclusivos. Estas políticas -como otras- enfrentan un doble pulso: el global, marcado por el incremento de la esperanza de vida, los avances tecnológicos, los nuevos tratamientos, la crisis ambiental y el peligro de pandemias; y, en paralelo, para las periferias, entre ellas, nuestro subcontinente, la desigualdad estructural, la inestabilidad política, así como la fragmentación de los sistemas.

En este escenario las reformas se han cimentado en diversos fundamentos teóricos, y se han llevado a cabo marcadas por una compleja interacción entre propuestas universalistas en diferente grado, con distintas combinaciones de lo público, lo privado y la sociedad civil. Estas reformas, además, se han desarrollado en el marco de proyectos políticos en pugna y en realidades económicas heterogéneas que generaron en la práctica una gran gama de procesos, experiencias y resultados.

En este documento se analizan los cambios acaecidos en la concepción del Estado y de las instituciones de la salud a escala mundial y latinoamericana; y se estudia un caso particular, el del Seguro Único de Salud brasilero (SUS). Se realiza el abordaje en el marco de la disputa entre el enfoque neoinstitucionalista -NI- radical (para muchos denominado "neoliberalismo") y una interpretación intermedia entre éste y el paradigma del Estado del Bienestar, que se denomina aquí neoisnstitucionalismo -NI- equilibrado;

incluyendo además la consideración del peso que ha tenido en estos debates la irrupción en América Latina de la concepción de la Salud Colectiva, de la que el SUS habría extraído ciertos conceptos.

Fundamentos del cambio de época

Hay un cierto consenso en que en todos los ámbitos de la sociedad se produjo, a partir de los años 70, un proceso de crisis que dio lugar a cambios profundos, que impactaron también en el pensamiento y en las políticas de salud. Desde las diversas disciplinas científicas y desde distintos enfoques se caracterizó ese proceso mientras iba produciéndose como "crisis del petróleo" por lo que se exigía un cambio en la matriz productiva y financiera. También se la caracterizó como una crisis fiscal, y por lo tanto se exigía una reducción del rol del Estado en la economía y una vuelta a la neutralidad de la moneda. Se la pensó además como una crisis en la representación, y por lo cual debían generarse formas de desburocratización a través de una mayor participación ciudadana. Finalmente, se la pensó como una crisis del modelo productivo, a partir del auge de la información y las comunicaciones[1].

Desde la teoría económica neoclásica se pasó al neoinstitucionalismo, que planteaba la reducción del espacio de acción del Estado, la descentralización y una gestión pública que simule competencia a partir de soluciones de contrato, conformándose el cuasimercado. Desde este punto de vista surgieron las reformas de los sistemas de salud, aunque en cada país los cambios se dieron con diversa intensidad[2].

Dentro de la heterodoxia, surge el enfoque neo schumpetereano que, desde una perspectiva sistémica, asume la idea de la transición al paradigma postfordista y plantea que los aumentos de productividad son resultado de procesos innovativos propios de la trayectoria de las empresas. Para el enfoque sistémico, los sistemas existen creando y preservando su diferencia con el medio ambiente, que es el punto de partida para la autorreferencia. La autonomía es central en este concepto, ya que los sistemas son procesos sociales autoconstituidos que generan sentido y están determinados por su propia organización más que por perturbaciones externas. Esta perspectiva enfatiza que los sistemas son autónomos y autorreferenciales, interactuando constantemente con su entorno para mantener su identidad y adaptarse a los cambios, en lugar de estar determinados pasivamente por fuerzas externas[3].

Así, en el contexto de estos debates teóricos comienza a dársele importancia al territorio y a las redes[4]. En la teoría de las organizaciones, desde diversas escuelas, aparecen también estos conceptos: se piensa en organizaciones inteligentes, se hace énfasis en el trabajo en equipo, y se proponen nuevos modelos orientados a la innovación.

En paralelo, con la crisis, la pobreza y los problemas ambientales, dichos conceptos asumen una visibilidad notable; la ONU establece diversos mecanismos institucionales para abordar estos temas, y surge el concepto de desarrollo sustentable[5].

En ese mismo contexto, en el campo de la filosofía y de la sociología, se daba un fuerte debate que daba cuenta del pasaje del estructuralismo al pos estructuralismo, que no fue tenido en cuenta acabadamente por ninguna teoría económica. Como antecedente cabe mencionarse los aportes de Bourdieu y Foucault, así como los de Deleuze y Guattari fundamentalmente con la idea de "rizoma", y la noción de deconstrucción de Derrida. Nos interesa particularmente la idea de Lyotard respecto del fin de los grandes relatos a partir de la crisis de los principios del pensamiento moderno[6]. Consideramos que a partir de estos debates se abre un camino que valora el conocimiento particular y no definitivo[7].

En este sentido, destacamos especialmente la contribución de autores como Lash, Ianni, y Harvey. Por ejemplo, Lash y Urry plantean que en el lugar de los significados otorgados por el fordismo y el Estado Benefactor hay un aumento de la reflexividad estética, las y los actores sociales se mueven en base a una autonomía absoluta, un descentramiento completo[8, 9]. La crisis de significado aparece en la idea de pérdida de sentido en Ianni[10], para quien ya no rigen esquemas interpretativos compartidos sino pequeños núcleos de sentidos compartidos en el seno de las "comunidades de vida"[11].

En América Latina desde fines del siglo pasado se hace fuerte el discurso "decolonial" a partir de autores como Dussel, Hinkelammert, Escobar, y De Sousa Santos. El primero con su ética de la liberación[12], Hinkelammert[13] y la "ética de bien común" basada en la experiencia, alejada de leyes impuestas y sostenida en el reconocimiento mutuo. Escobar[14, 15] propone lo comunal, la relacionalidad, el pluriverso, y el arraigo cultural y ecológico. Finalmente, De Sousa Santos[16, 17, 18] resalta los saberes subalternos que surgen de la experiencia y la interculturalidad y que dan lugar a la autonomía territorial. En este contexto, Coraggio y Loriz[19] hablan de autonomía y Gago[20] recupera la idea de comunidad.

Los debates globales de la salud

En esta transición de fines de los 70s debe mencionarse, en el campo de la salud, la influencia del Informe Lalonde de 1974, promovido por la OMS. Este documento propuso la necesidad de incorporar la consideración de los "determinantes sociales de la salud", señalando que las causas de la enfermedad no solo se relacionan con la biología humana, y la atención sanitaria, sino también con el medio ambiente y los estilos de vida[21].

En 1978, la Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud en Alma Ata[22] propuso un acercamiento a la noción de determinantes sociales. Se instaba a reducir el gasto mundial en armamentos y reorientarlo a acelerar el desarrollo. Proponía la implementación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) como forma de integración de la totalidad del sistema.

Durante la Cumbre del Milenio del año 2000, las Naciones Unidas acordaron una nueva agenda: los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) a alcanzar para 2015[5, 23]. A partir de estos objetivos se introdujeron metas cuantificables con indicadores precisos, como por ejemplo reducir a la mitad la pobreza extrema —definida como vivir con menos de 1 USD al día— entre 1990 y 2015[23].

Por entonces, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) impulsaba un proceso de reflexión sobre la crisis de los sistemas de salud en América Latina, caracterizados por la segmentación, la inequidad y la baja capacidad de respuesta. Por eso en 2005, durante la reunión del Consejo Directivo de la OPS, se adoptó la estrategia de "APS Renovada para las Américas", consolidada luego en el documento La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas[24].

En 2005 la OMS creó la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CSDH por sus siglas en inglés). Esta comisión agrupó los determinantes en "estructurales" (según la posición socioeconómica, el género, y la etnia) e "intermediarios" (para referirse a factores biológicos, psicosociales y a los sistemas de salud)[25]. Según este enfoque, los determinantes estructurales son identificados como la causa raíz de las inequidades, pero operan a través de los determinantes intermedios, siendo estos últimos los que dan forma directa a los resultados de salud. Surge así la propuesta de políticas de carácter intersectorial que implicaba la colaboración en diversos sectores como la agricultura, la educación, la vivienda y el bienestar social.

En paralelo surgía también el enfoque de las capacidades, influido por Sen[26] y desarrollado por Nussbaum[27] y Ruger[28], que concebía la salud como la capacidad para el "florecimiento de la vida" o vivir la vida en plenitud. Este enfoque proponía considerar la libertad de las personas para decidir su propio plan de vida y la participación en decisiones sociales como un medio necesario para lograr una asignación equitativa de los recursos destinados a salud.

En ese marco surgen o se redefinen infinidad de temas en los debates de los países centrales, acordes a los aportes que se acaban de mencionar. En lo referido al nuevo rol de la atención primaria, Starfield[29] planteaba que ésta debía asegurar el primer contacto, la relación personal y continua entre el médico y el paciente, la atención integral y la coordinación. Otros autores conciben la atención primaria solamente como "gatekeeper" o "puerta de entrada"[30], aunque esta perspectiva es severamente cuestionada por reduccionista[31].

La noción de redes también refleja el debate teórico: en el marco del NI e incluso del evolucionismo neoschumpetereano, se las piensa como un continuo de servicios garantizado por varias organizaciones, independientes o no entre sí, tanto públicas como privadas, corresponsables del estado de salud del paciente[32, 33]. Vilaca Mendes[34], por su parte, planteba la necesidad de un arreglo poliárquico entre diferentes actores dotados de cierta autonomía.

Para repensar el vínculo médico-paciente surgen programas con incentivos al buen trato, la escucha, la empatía y la participación de las y los pacientes en el tratamiento[35]. Respecto a la relación entre profesionales de la salud se visualiza el aumento de la importancia de la enfermería y gana fuerza la propuesta de conformar equipos de trabajo interdisciplinarios. En este segundo caso muchas opiniones se focalizan en la importancia de la coordinación o en la comunicación como un instrumento de la interdisciplinariedad y, en este sentido, se resaltan las potencialidades del uso de tics[36]. En general, las herramientas responden a un problema de contratos típico de la perspectiva del NI[37].

En lo que hace al proceso investigativo la novedad es el enfoque traslacional, que puede entenderse como la versión sistémica- evolucionista neoschumpeterieana en el sector de la salud[2].

En la práctica las reformas neoinstitucionalistas en los sistemas de salud en los países centrales siguieron las pautas generales de desregulación y generación de cuasi mercados. Son las reformas que Londoño & Frenk[38] llamaron del "pluralismo estructurado", que tuvieron resultados dispares y que fueron modificándose con el tiempo hasta alcanzar lo que Medina y Narodowski[37] consideran un equilibrio entre Estado y mercado más razonable (en el cuadro es el enfoque equilibrado).

Impacto en América Latina

En América Latina, desde la década de 1970 en algunos países y con fuerza en la de 1990, las reformas del sector público han estado mayormente condicionadas por enfoques del tipo NI radical, que impulsaron procesos de privatización, desregulación, descentralización de los servicios, inclusión de formas de la competencia, modelos gerenciales, etc. En la salud se han priorizado los mecanismos orientados por la demanda, lo cual ha segmentado aún más a la población según su capacidad de pago, reforzando las desigualdades estructurales, con un fuerte beneficio del sector privado con sesgo especulativo[39]. Este escenario parece contraproducente para cualquier proyecto redistributivo[40].

En estos contextos y con la influencia de los debates expuestos, se hace más visible la versión actual del sanitarismo crítico, la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva. En general, las y los autores que suscriben a esta corriente de pensamiento parten de los problemas estructurales que explican las condiciones sociales e históricas en el proceso salud-enfermedad.

Se dice que la salud pública tradicional se ha basado en un enfoque predominantemente biologicista, focalizado en la enfermedad y el riesgo individual, lo cual limita su capacidad para abordar problemáticas complejas como la violencia o las enfermedades crónicas41. Asimismo, la "medicalización indefinida" se ha constituido en un elemento central42. Al mismo tiempo, desde este enfoque tradicional, se destaca la omnipoten-

cia del discurso, lo cual produce generalizaciones erradas[43]. La especialización y fragmentación del conocimiento han dificultado aproximaciones integrales y contextualizadas[44]. Cueto[45, 46] cuestiona la Atención Primaria Selectiva, en tanto que consiste en intervenciones modestas y uniformes, que limitan el desarrollo autónomo y adaptado a contextos locales, con el agregado de que en nuestra región se implementó con financiamiento insuficiente durante gobiernos de facto.

Autores críticos de ese enfoque tradicional proponen pensar la salud como la capacidad para lograr funcionamientos plenos y con participación social, priorizando la equidad y la deliberación[26, 27, 47.]

Desde este diagnóstico mantienen el discurso pro popular y anti-mercado, y reconocen la importancia del Estado, pero, en función de los planteos de autonomía del giro decolonial, plantean alternativas de acción diversas a lo puramente estatal. Entre las y los referentes importantes de este sanitarismo crítico, vemos que Almeida Filho y Silva Paim48 valoran la posibilidad de la "emergencia", en el sentido de que la ciencia se abra a que surja lo "radicalmente nuevo", es decir, los fenómenos que no pueden ser abarcados por la síntesis de posibles determinantes dentro de un proceso específico; mediante el tendido de puentes entre saberes, deseos, proyecciones de lucha, etc. Almeida Filho49 defiende la idea de que el conocimiento es relativo y contextual, dado que, dentro del paradigma de complejidad, no puede existir conocimiento absoluto y aislado; con lo cual se opone al enfoque tradicional en tanto es biologicista. Ubieto[50] trabaja con el concepto de comunidad de experiencia y territorio en común. Batista y Merhy[51] se sitúan en el espacio de la micropolítica para entender la organización del trabajo y de las prácticas. Garrafa y Manchola[52] citan la ética liberadora de Dussel. Medina y Narodowski[37] van por el mismo camino al plantear una alianza entre el Estado y la comunidad, con un sentido político popular y de fuerte autonomía del territorio.

En síntesis, según esta corriente, el sanitarismo crítico, las políticas de salud en América Latina han estado dominadas por un patrón neoliberal, biologicista y fragmentado, que ha profundizado las desigualdades y limitado el potencial transformador de la salud pública y el territorio, subestimando la pluralidad de saberes y las prácticas comunitarias como modo de superar los problemas del modelo hegemónico y avanzar hacia sistemas de salud más equitativos y efectivos. Incluso estos aportes han sido tenidos en cuenta en muy pocos trabajos auspiciados por la OMS/OPS. Si bien en la región, diversos gobiernos en los 2000s reorientan las reformas anteriores y vuelven a dar un lugar mayor al Estado y la planificación en políticas públicas, estas políticas no logran una reforma estructural del sistema. En la práctica, se toman los nuevos temas de la salud incorporados a programas, de acuerdo a las tendencias preexistentes y con algún sesgo participativo, pero en forma limitada. A continuación, se analiza el Seguro Único de Salud (SUS) a partir de esta hipótesis.

Con estos aportes, el panorama de propuestas se sintetiza en el cuadro adjunto.

	Enfoque Pro- Estado	**Enfoque Neoinstitucionalista radical**	**Enfoque "equilibrado"**	**Salud colectiva**
Perspectiva y discursos	La salud como un derecho que debe ser garantizado y provisto por el Estado. Discurso de la solidaridad. Rechazo al libre mercado.	Estigmatiza al Estado e idealiza al mercado.	Estado fuerte aunque comparte segmentos de la cadena de valor con los privados e incorpora redes.	La salud como un derecho garantizado y provisto por el Estado para enfrentar los problemas estructurales. Se apoya en distintas expresiones del posestructuralismo. Interpreta las relaciones sociales (y las redes) desde ese enfoque.
Política de financiamiento	Exige aumento del gasto.	Techos al gasto.	Preocupación por el gasto, pero sin techo. Preocupación por la equidad del gasto.	Aumento del gasto, disputa con los monopolios.
Gobernanza, participación y regulaciones fundamentales	El Estado como actor casi único.	La competencia como garantía. Diversos esquemas de participación formal de la sociedad civil en las instituciones.	Valorización de la gobernanza estatal y formas más profundas de participación, aunque siempre acotadas.	Lo Estatal como motor pero en alianza con movimientos sociales. La participación como empoderamiento.
Origen de los recursos	Tributarios progresivos, en segundo lugar, de la seguridad social. No a copagos y gastos de bolsillo.	Aporte privado para garantizar la libre elección del seguro privado, con seguros complementarios y copagos.	Recursos tributarios, critica a copagos y gastos de bolsillo. Transferencias focalizadas.	Idem enfoque Pro Estado.
Seguros	El Estado como asegurador y proveedor o Seguro público universal y limitado campo de acción para seguros complementarios.	El actor central es el seguro privado.	Se confía en el rol del seguro social público y se aceptan otros tipos de seguros complementarios pero limitados. Seguros focalizados n los sectores vulnerables como alternativa.	Idem posguerra pero críticos de la burocratización. Confianza en la participación popular.
Escala clave	Centralizado en la escala nacional, critica a la descentralización.	Descentralizado.	Se desconfía de los modelos muy descentralizados.	Estado + territorio pero bajo ciertas condiciones.
Provisión y forma de pago	Estatal, con presupuestos históricos.	Provisión privada y/o autónoma, con pago por tipo de procedimiento (GDR) o cápitas.	Mix de provisión pública tradicional, pública con autonomía, provisión privada (diferencias entre países). Diversas formas de pago.	Idem Pro - estatal aunque poco abordado.
Personal	Contratos indeterminados regidos por regulaciones nacionales.	Estatuto desregulado, pago a las y los profesionales como proveedores.	Mix según tipo de provisión. Alertan de la precariedad en América Latina.	Idem Pro-estatal.
Medicamentos	Provisión estatal en el proceso médico (en el hospital fundamentalmente). Control de precios.	Desregulación del mercado de medicamentos y copagos en el seguro.	Control del uso de medicamentos, estímulo de genéricos, fuerte negociación de precios con laboratorios y provisión directa estatal para sectores vulnerables sobre todo en AL, control del uso de la nueva tecnología.	Entre Pro-estatal y equilibrado, pero no es el tema central

El Caso del Seguro Único de Salud (SUS) en Brasil

a) Concepción general y gobernanza

El SUS surge en 1988 en el marco de la nueva Constitución nacional como un modelo de seguridad público y universal; el cual se diferencia de casos como Chile, Colombia, México y Estados Unidos que tienen seguros públicos focalizados en los sectores vulnerables. El seguro estatal cubre a alrededor del 70% de la población[53]. No incluye los sectores de altos ingresos, pero hay una doble cobertura importante[37].

La producción hospitalaria y ambulatoria del SUS es un dato que da cuenta de la importancia de este seguro de salud. Durante el 2024, tuvieron lugar poco más de 14 millones de procedimientos hospitalarios, un 5,2% más que en el año anterior, cuando fueron casi 13,4 millones. En cuanto a la atención ambulatoria, en el 2023 se concretaron, en el marco del SUS, casi 4.460 millones de consultas y durante el año siguiente unas 4.919 millones, lo que implica un crecimiento interanual del 10,3%54.

Esta producción se lleva adelante en un total de 445.306 establecimientos distribuidos en todo el territorio brasilero y activos a diciembre del 2024. Asimismo, el total de camas de internación disponibles en el país, también a final de 2024, era de 455.02054.

Finalmente, en lo que refiere a los recursos humanos, en el mes ya señalado, el número de puestos ocupados en el sector salud brasilero totalizaba alrededor de los 6 millones, el 76% (4,56 millones) en establecimientos que atienden por el SUS, mientras que el 24% restante (1,4 millones) no lo hace[54].

El SUS es gestionado por el Ministerio de Salud y hay diversas instituciones de planificación y control. La evaluación de la tecnología la realiza el Departamento de Regulación, Evaluación y Control de Sistemas (DRAC) y la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) para medicamentos y dispositivos, dependientes del Ministerio de Salud. La ex Comisión de Incorporación de Tecnologías en Salud (CITEC) del Ministerio de Salud (luego CONITEC) es la que analiza las solicitudes de incorporación de nuevas tecnologías[55]. Los seguros privados en Brasil son controlados por la Agencia Nacional de Salud Suplementaria, dependiente del poder legislativo, que es quien define sus miembros[37]. El Tribunal de Cuentas de la Unión (TCU) funge como el órgano de control externo, siendo su Secretaría de Control Externo de Salud (SecexSaúde) el brazo operativo[56].

Desde el ministerio se destaca al SUS por poner en el centro a la salud y definirla como calidad de vida y no meramente como la ausencia de enfermedad[57]. Además, se pone de relieve su universalidad, equidad, e integralidad; así como también la centralidad que otorga a la prevención y promoción de la salud y la importancia brindada a los condicionantes de la salud. Se financia por impuestos, no por primas de seguros. En ese documento se menciona que el SUS fue impulsado en gran medida por los movimientos

sociales, particularmente el "Movimiento Sanitarista". En el vigésimo aniversario de su entrada en vigencia, el organismo reitera los principios fundamentales, especialmente la política de transferencia de ingresos para reducir la inequidad y la universalidad en el acceso. Y también reafirmaba esos principios y recordaba que antes de 1988, la atención hospitalaria pública se limitaba a 30 millones de brasileños que contribuían a la seguridad social, mientras que los que no tenían dinero dependían de la caridad para acceder a la misma[57, 58, 59].

El TCU60, durante el gobierno opositor a Lula, planteó que el Ministerio no realizaba un monitoreo de la prestación de servicios. Giovanella, Franco, y Almeida61 advertían que durante el gobierno de Bolsonaro se estaban socavando los principios de universalidad y equidad del SUS, mediante un proceso de "neoselectividad".

Ya en el gobierno de Lula, se reafirma el papel del ministerio como autoridad sanitaria y coordinador nacional del SUS para sostener los principios de integralidad de la atención, equidad y participación social mediante el diálogo inter federativo y la cooperación entre las tres esferas de gobierno[55].

b) Política de financiamiento/ Origen de los recursos

El SUS ha sido valorado por su base completamente impositiva, eso es debido a que se constituyó sin tener que mediar con fuertes sistemas duales preexistentes, como es el caso de Argentina y Chile[37, 62, 63].

El financiamiento del SUS es una responsabilidad compartida entre las tres entidades federativas: la Unión, los estados y los municipios, asegurado principalmente por recursos del Presupuesto del Seguro Social (OSS) de la escala nacional, que incluye salud, seguridad social, y asistencia social. En esto se diferencia sustancialmente del modelo, llevado adelante en el proceso de descentralización de la década de 1990, que produjo una mayor fragmentación del sistema público de salud[64].

La Enmienda Constitucional de 2000, exige una mayor asignación de recursos para la salud e incrementos mínimos obligatorios en los tres niveles de gobierno[1].

Esta política explica por qué el gasto en salud pasó del 7,2% al 11,8% del PBI en 2016 posicionando el gasto per cápita cerca de los 1.120 dólares, similar al del subcontinente, pero bajo respecto a los países centrales. De todos modos, del total del gasto en salud en Brasil, el gasto público asciende al 40%, el pago de seguros representaba el 49% y el pago de bolsillo el 11% restante. Por entonces Brasil tenía 1,5 médicos y 0,76 enfermeras cada mil habitantes[37]. En documentos del Consejo Nacional de Secretarios Estatales de Salud

1 Para un análisis pormenorizado de la Enmienda Constitucional n. 29/2000 ver referencias 57 y 65.y CONASS.

(CONASS)[65] se indica que, a pesar de los esfuerzos legislativos a lo largo de los años, los recursos financieros para el SUS han sido insuficientes para apoyar un sistema público universal de calidad. Obviamente se necesitan, en América Latina, cambios estructurales en términos sociales y en la gestión de la salud, además de infraestructura y buenas retribuciones profesionales, inversión en capacitación y tiempo[37].

Durante el gobierno de Bolsonaro, se produjo un recorte de los fondos federales y se eliminó el Piso Fijo de Cuidados Básicos (PAB Fixo), es decir, la transferencia federal per cápita a todos los municipios con base en poblaciones estimadas y características socioeconómicas. También se modificó la dimensión Variable PAB, relacionada con la creación de Equipos de Salud Familiar y que generaba valores de transferencia mensual basados en el tipo y número de equipos implementados[66].

c) Descentralización y Heterogeneidad regional

Brasil ha avanzado en la descentralización, aunque acotada por la importancia del SUS. Las Secretarías Municipales de Salud se encargan de la gestión de los hospitales y el primer nivel, así como de algunos programas. Las transferencias federales representan el 50% del total de sus presupuestos. Desde el ministerio consideran que la descentralización es la mejor manera de asegurar una mayor participación, los municipios son vistos como las entidades federadas ideales para prestar y desarrollar servicios de salud debido a su cercanía con la población, además supone que la descentralización mejora la utilización de recursos, porque contribuye a inhibir el fraude e incrementar el control social. A la hora de valorar el modelo, es preciso reconocer que las carencias materiales y organizacionales en los municipios hacen que la reorganización del modelo de atención y la gestión de la red de servicios a menudo se consideren meramente requisitos burocráticos para asegurar las transferencias federales[58]. Desde el ministerio se dice que la descentralización político-administrativa es un principio básico para jerarquizar la red de servicios[59]. El TCU[60, 67], durante el gobierno de Bolsonaro, señalaba que la descentralización mejoraba el sistema general de salud, aunque dificultaba la asignación precisa de los recursos federales transferidos, y entendía la descentralización como una red extendida que permitía la implementación de políticas de salud incluso en zonas remotas. En ese sentido, el ministerio rescata el impulso dado al programa "Mais Médicos" para llevar médicos a regiones desatendidas y periféricas[68]. Para ambos organismos, la estructura altamente descentralizada y capilar, le permitió al SUS integrarse a la vida cotidiana de las personas y comunidades en sus territorios, y reconocían la necesidad de restablecer la cooperación entre entidades federadas y de recuperar el diálogo con los órganos de participación social y control.

El esquema explica las grandes asimetrías, ya que muchos Estados y municipios no pueden cumplir los pisos de servicios que se les requiere desde el SUS nacional, puesto que los fondos propios son escasos[37].

d) Provisión

La Atención Primaria de la Salud en el SUS es responsabilidad primordial de los municipios[64]. La misma gira en torno de los centros del Programa "Saúde da Família" en los que se ha realizado una fuerte inversión, aunque hay aún muchos centros muy precarios[2]. El modelo cubre a toda la población asegurada, gratuitamente, sin libertad de elección, según su ubicación geográfica. Lo hace mediante equipos multidisciplinarios, municipales o estatales, que deben autorizar el ingreso del paciente al hospital. Por esa capacidad de su primer nivel el SUS es reconocido como el coordinador de las políticas de salud[55, 67, 68].

En cuanto a los hospitales, la bibliografía plantea que los públicos siguen siendo desorganizados y precarios, con déficits de equipamiento, bajos salarios y muchos contratos a tiempo determinado; mientras los hospitales privados -que se basan en gran medida en los pagos del SUS y se quedan con una parte importante de las prestaciones- pueden tener más equipos, aunque también muestran grandes falencias en su atención. En síntesis, la oferta de salud sigue concentrada regionalmente[37].

En relación a las formas de pago, los sistemas SIA-SUS y SIH-SUS responden a un modelo por hospitalizaciones y procedimientos; como todos los de su tipo, pueden generar distorsiones[56]. En el gobierno de Bolsonaro se planteaba pasar a un esquema de pago basado en el diagnóstico de pacientes[60]. En cuanto a las innovaciones organizativas, se implementan pagos a profesionales de acuerdo con su desempeño, por ejemplo, en Previne Brasil, por el cual los municipios reciben incentivos basados en indicadores logrados[55]. En el gobierno de Lula se vuelve a poner énfasis en los programas de promoción. Desde el ministerio se ofrecen servicios gratuitos, como el tratamiento de la enfermedad de Hansen, las inmunizaciones de rutina, orientación en materia de salud sexual, prevención de ETS y planificación familiar.

Desde el ministerio se señalaba que la falta de recursos, traducida en la carencia de profesionales, atentaba contra la calidad en el primer nivel y en el nivel hospitalario, los cuales pueden ser aún peores según el Estado y el municipio de que se trate. El mismo documento señala que el SUS no ha compensado plenamente las brechas en oportunidades y posibilidades que separan a las y los brasileños. Lo mismo sucedía con la ejecución de diversos programas. Se mencionaban las demoras en los turnos y en las salas de espera, así como también deficiencias en el trato. También se señalan las precarias condiciones en algunos centros y la falta de profesionales[58, 59]. Luego de 15 años, y a partir de un análisis pormenorizado, se concluye que subsisten las desigualdades en el acceso a los servicios, particularmente en regiones y poblaciones vulnerables[68].

2 Para paliar la situación se crearon las unidades de atención rápida (UPA), que son estructuras de complejidad intermedia con internación.

e) Equipo de Salud

En el primer nivel de atención funcionan los equipos de Salud de Familia de Brasil (ESF), conformados por un médico, una enfermera, un auxiliar de enfermería y promotores de salud comunitarios de tiempo completo[69].

Para reemplazar el modelo biomédico se promueve la especialización en medicina Familiar y Comunitaria, que busca revertir la falta de tradición en la formación generalista en las facultades de medicina; pero hay tanta necesidad de profesionales, especialmente en las regiones más alejadas, que todavía hay muchos médicos y médicas trabajando en ese puesto sin la especialización[37, 64].

A partir del 2008, se establecieron los primeros cursos de posgrado en Salud Colectiva en el marco del Programa de Apoyo a los Planes de Reestructuración y Expansión de las Universidades Federales[70]. Por otro lado, han avanzado en promover la autonomía profesional de la enfermería[14, 71]. Además, desde 2006 se establece la contratación de agentes comunitarios de salud y agentes de control de enfermedades endémicas por estados, considerando el Distrito Federal, y los municipios como un actor clave[55, 65].

Los Equipos Multiprofesionales (EMULTI, antes NASF) son otro modelo de atención, que actúan como puente entre la Atención Primaria y otros niveles, facilitando la coordinación y las derivaciones[55, 68].

Los cambios en la política nacional de 2019 permitieron que los equipos del ESF trabajaran sin trabajadores comunitarios, lo que generó una disminución significativa en la proporción de hogares registrados que recibían visitas mensuales[72].

f) Redes

La estructura del SUS está pensada y se publicita como un sistema de redes de atención de la salud (RAS). Algunos Estados, a este modelo le ponen nombre de fantasía. No siempre se verifica una relación fluida entre el primero y el segundo nivel, tampoco la existencia de espacios de participación comunitaria, aunque existen algunas excepciones como la “Red de Cigüeña” (que garantiza el derecho de las mujeres a la planificación reproductiva y a la atención humanizada) o la Red del Banco de Leche Humana34. A nivel Estadual, la OPS rescata los casos de la Red de Hospitales Comunitarios de San Pablo en Minas Gerais, Tocantins, Pará y Paraná, con una gestión realizada por una organización social, o una alianza público-privada37.

También se mencionan como positivos, pero a nivel federal en el marco del SUS, la organización de Redes Loco-Regionales de Atención Integral de Emergencias por un lado y, por otro, la Red Nacional para la Salud Integral del Trabajador (Renast) que conecta al SUS con otras instituciones públicas y privadas como universidades y centros de investigación[58].

La implementación de la "Estrategia QualineO" en 2017 tuvo como objetivo calificar la atención a recién nacidos. Esto incluía garantizar una recepción adecuada al nacer, promover buenas prácticas como el contacto piel con piel, la lactancia materna temprana, y la realización de exámenes neonatales.

Un modelo similar se implementó en salud mental a partir de las Redes de Atención Psicosocial (RAPS) y lo mismo se aplicó para la atención de las emergencias a través de la Red de Atención de Urgencia (RAU). También son presentados como redes los programas "Mejor en Casa", enfocado a la atención domiciliaria y el Sistema Nacional de Trasplantes (SNT).

g) La relación entre el equipo de salud y el paciente

La "Carta de Derechos del Usuario del SUS", publicada en 2006, garantiza el acceso ordenado al sistema de salud y un tratamiento adecuado y efectivo. La Política Nacional de Humanización de la Atención y Gestión (HumanizAsus) tiene como objetivo garantizar estos derechos y comprometer a las y los directivos a su cumplimiento64.

Para el ministerio el SUS representa una superación del modelo tradicional de salud, centrado en la enfermedad y en el médico, con un fuerte desapego de las comunidades58.

En documentos oficiales se plantea que las y los ciudadanos tienen derecho a un tratamiento adecuado y eficaz para sus problemas de salud, asegurando la calidad y continuidad de la atención holística, humanizada y acogedora, libre de discriminación por edad, raza, género o nivel socioeconómico. Esto incluye que el paciente sea identificado por su nombre, que las y los profesionales tengan identificación visible, y que se respeten la integridad física, privacidad y comodidad del paciente durante las consultas y hospitalizaciones. Se habla de consentimiento del paciente, el derecho a información clara, objetiva, respetuosa y adaptada a su contexto cultural[53, 73.]

En la documentación relevada no hemos encontrado otros análisis relacionados con este tema. Lo mismo sucede con el autocuidado

Las Encuestas Nacionales de Salud (PNS) se realizan en Brasil a través de una asociación entre el Ministerio de Salud (MS) y el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) y forman parte del Sistema Integrado de Encuestas de Hogares (SIPD) del IBGE. Las últimas se realizaron en 2013 y 201972. Los resultados son fundamentalmente cuantitativos. La encuesta de 2003 había detectado que la carencia de médicos y personal de enfermería era la principal falla del sistema que las personas encuestadas identificaban74. Otra encuesta de 2014, realizada a pedido del Consejo Federal de Medicina (CFM) y de la Asociación Paulista de Medicina (APM) mostró un elevado grado de insatisfacción entre las y los usuarios del SUS75. Un último sondeo ejecutado por la Asociación Nacional de Administradores de Beneficios (Anab), reveló que la mayoría

de quienes fueron encuestados manifestaron dificultades en el acceso a los servicios que presta el SUS76. No hemos visto encuestas realizadas por el propio seguro para sacar conclusiones cualitativas sobre las relaciones de las y los pacientes con el equipo de salud

h) Participación

La participación a través de los movimientos de la sociedad civil aparece como una piedra angular en el discurso del SUS58. La clave para ello es la conformación, en el ámbito del Ministerio, del Consejo Nacional de Salud3, de 27 Consejos Estatales y más de 5 mil Consejos Municipales, con representantes de la sociedad civil, del gobierno, proveedores y trabajadores de la salud. La tarea de estos consejos consiste en participar de la formulación de políticas[57]. Uno de los mecanismos principales han sido las Conferencias Nacionales cuya última edición, la XVII, se llevó a cabo en el 202357. Existen otros ámbitos participativos como el Consejo Nacional de Secretarios Estatales de Salud (Conass), el Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud (Conasems), y las Comisiones Intergerenciales (CIT y CIB) que aún están vigentes[59].

Los Consejos habían sido prácticamente desactivados con el cambio de gobierno[37]; pero desde el 2023 se intenta la recuperación de estas instancias5[5]. Según la página web oficial estos consejos, son herramientas claves para la participación y el control social en el SUS, que son quienes aprueban planes, supervisan el presupuesto y fiscalizan la gestión, traducen demandas sociales en resoluciones y políticas públicas, influyendo en la gestión nacional y estableciendo estándares participativos únicos en la región[77].

El ministerio informa, para 2023, un aumento en el número de reuniones de los Consejos Distritales de Salud Indígena (Condisi) y de los Consejos Indígenas de Salud (CLSI)[55].

La literatura es contradictoria respecto a estas instituciones: se valora la experiencia, pero se plantea que no ha impactado lo suficiente. Documentos oficiales mencionan casos positivos como el de los Consejos Municipales de Salud (CMS) de Pará de Minas, Minas Gerais, Gravataí, Rio Grande do Sul, Quixadá, São José do Rio Preto, y también se destacan los consejos de Maringá, de Paraná o de Belo Horizonte, porque habían mejorado sus solicitudes respecto a los informes de rendición de cuentas debido a la presión del cabildo73. También se menciona la participación del Consejo Indígena Kokama de la Amazonía y del Consejo local de Inhapí, en Alagoas en actividades de capacitación para el control social en el SUS78. Otros autores también valoran las experiencias locales y dan el ejemplo de la huerta comunitaria en la unidad de la Estrategia de Salud Familiar (ESF) de un municipio del sur de Brasil, apoyados por el gobierno local, la Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural y los centros de asistencia social.

3 El Consejo Nacional de Salud (CNS) existe desde 1937 pero ganó su papel actual después de la institución del SUS en 1990

Mencionan también el caso del ESF Harmonia y ESF Coalizão, en donde los grupos de salud mental se apropiaron de un espacio para generar artesanías[79].

De todos modos, se reconoce que las experiencias no se traducen en niveles de involucramiento elevados. Las y los usuarios que más necesitan el SUS suelen tener una baja capacidad de organización y movilización, y sus demandas rara vez se satisfacen, por eso corresponde a la sociedad organizada y a las y los gestores de salud promover su inclusión en las discusiones del Consejo. Además, dice que hay casos en que el personal directivo puede obstaculizar la capacidad de toma de decisiones de los Consejos al no proporcionar el apoyo o los recursos adecuados[73].

Algo similar señalan otros autores para quienes su efectividad varía según las capacidades locales y si bien el modelo ha permitido institucionalizar la participación y democratización en la política sanitaria brasileña, persisten limitaciones estructurales, como la falta de recursos y de autonomía en muchos Consejos, además de problemas de representatividad y desigualdad territorial[80, 81].

Para ellos la tarea legislativa estuvo influenciada por el proceso participativo de las conferencias nacionales, pero la misión se ve obstaculizada por la cooptación de representantes, por las luchas internas entre delegados, etc.; y además por la tendencia de los Consejos a centrarse en la fiscalización más que en la deliberación82. Además de la falta de recursos, la persistencia de las y los mismos líderes durante años, muchos escasamente preparados y comprometidos, la burocratización y los problemas para movilizar a la sociedad provoca que, en ocasiones los Consejos pueden sentirse impotentes, socavando su legitimidad83.

Si bien la participación social está institucionalizada en los Consejos, puede haber una pérdida de capacidad crítica, de innovación y de decisión a medida que estas instancias se integran al aparato estatal[64, 84.]

i) Política de medicamentos

El SUS garantiza el acceso a la asistencia farmacéutica con base en la Rename (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), que incluye la selección y estandarización de medicamentos para enfermedades y condiciones de salud en base al FTN (Formulário Terapêutico Nacional). Si bien el SUS no cuenta con copagos, existen insuficiencias en la cobertura de medicamentos para atención ambulatoria, lo que hace que -en los hechos- dicha cobertura sea sólo parcial[64].

Los Estados, el Distrito Federal, y los municipios pueden adoptar listas específicas y complementarias de medicamentos y son responsables de su financiamiento[65.]

En la actualidad la regulación de los precios de los medicamentos está a cargo del Ministerio de Salud, que realiza análisis económicos utilizando para ello el Banco de Precios de Salud (BPS). En cuanto a la prescripción bajo el nombre genérico, Brasil se posiciona con 29% del total de las prescripciones[37].

Para la distribución de remedios entre los sectores populares, Brasil instauró en 2004 el Programa de Farmacia Popular, de forma conjunta entre el Ministerio de Salud y la Fundaçao Oswaldo Cruz. Este programa en 2015 cubría 112 artículos, vendidos a su precio de costo. En 2016 estos programas entraron en un letargo37. En la actualidad, el Programa ha sido revitalizado. Proporciona medicamentos gratuitos para el tratamiento de la diabetes, el asma y la hipertensión. También ofrece medicamentos subsidiados para padecimientos como dislipidemia, rinitis, enfermedad de Parkinson, glaucoma, diabetes mellitus asociada a enfermedad cardiovascular, y pañales geriátricos, cubriendo el 90% del costo. Las personas beneficiarias del programa Bolsa Familia (aproximadamente 55 millones de personas) obtuvieron acceso gratuito a 39 medicamentos y pañales geriátricos. Además, se está ampliando el programa para incluir a la población indígena en el marco de los Distritos Sanitarios Indígenas Especiales (Dsei). El programa apunta a una mayor expansión, especialmente en regiones que actualmente tienen cobertura limitada, para llegar al 100% de los municipios para 2027[68].

Finalmente, hay una prioridad en la producción pública de medicamentos, dentro de la agenda del Complejo Económico Industrial de Salud (CEIS), contexto en el cual se enmarca el Programa de Preparación en Vacunas, Sueros y Hemoderivados (PPVACSH)[55].

j) Las opiniones sobre el SUS

El modelo fue valorado por el NI equilibrado ya que este pondera la universalidad y la separación de aseguramiento y provisión[85]. Macinko y Harris[69] destacan el financiamiento mediante rentas generales, la gratuidad y la prioridad dada a la salud materno-infantil y de las poblaciones vulnerables para reducir las desigualdades estructurales. De todos modos, la bibliografía coincide en que resulta muy difícil evitar la descoordinación. Campos[86] enfatiza el objetivo de mejorar los determinantes sociales mediante la intersectorialidad. Entre los problemas observados se verifica la insuficiencia de financiamiento y la baja eficacia en la gestión pública[87].

Diversos autores referentes del sanitarismo, como los NI, valoran universalidad, las transferencias focalizadas, el modelo de APS y Redes, y el enfoque multiprofesional e interdisciplinario61. Pero, naturalmente, consideran que hay un problema básico que es el escaso financiamiento; y luego siguen en relevancia los desafíos de la descentralización y el rol del sector privado[88].

En lo relacional, Batista y Merhy[51] sostienen que el SUS se pensó como la gran posibilidad de quebrar la lógica predominante en la salud, es su deconstrucción en el espacio

de la micropolítica, de la organización del trabajo y de las prácticas, pero los limitantes han sido muchos. Por la falta de presupuesto y la distribución de los fondos se generan mecanismos de racionamiento y, por otro lado, se detecta aun la omnipotencia en los equipos, jerarquías en su interior y procesos de trabajo fragmentados. Del mismo modo para Paim, Travassos, Almeida, Bahia y Macinko88 el sistema nació con una vocación progresista inspirada en la medicina social, ha propiciado el surgimiento de perspectivas críticas, pero ha operado en un contexto dominado por otras lógicas. Giovanella, Franco, y Almeida[61] señalan, por su parte, que la creación del SUS tuvo como objetivo alejarse de un modelo de salud anterior que, entre otras características, incluía la visión biomédica y hospitalaria de la atención; respecto a lo relacional, no especifican si se logró o no el objetivo planteado. Es decir que, si bien el SUS representa un cambio significativo de un modelo biomédico hacia uno que incluya la atención centrada en el individuo, la perspectiva biomédica aún persiste en las prácticas sanitarias, particularmente en las relaciones con las y los pacientes[70].

A pesar de los problemas hay toda una bibliografía, que sostiene que el SUS es un orgullo ya que encarna la esperanza y el derecho fundamental a la salud y a la vida e insta a seguir trabajando[89].

Conclusiones

El análisis de las políticas de salud en América Latina revela las dificultades para superar problemas estructurales. Las reformas inspiradas en la lógica del mercado, la descentralización y la privatización han generado segmentación, desigualdad estructural y una dependencia crónica de "recetas externas" que limitan la soberanía sanitaria de la región. Al mismo tiempo hay una tensión persistente entre la hegemonía de ese patrón NI radical, otras versiones más equilibradas del NI y, por otro lado, las propuestas de la Salud Colectiva que enfrentan esas cuestiones de modo diferente. A su vez, el sistema se debate entre el sostenimiento del enfoque biologicista y del médico hegemónico, por una parte, y por otro el intento de generar cambios que tanto el NI equilibrado como la Salud Colectiva defienden, aunque con diversos grados de intensidad.

En función de nuestro enfoque diremos que desde el diseño del SUS se combinaron varias tradiciones. Naturalmente es parte de la herencia del Estado Benefactor, muy incompleto de Brasil, y es el reflejo del hecho de que el NI -incluso radical- reconoce a la salud como derecho universal. Contra el NI radical -aunque presente en otras versiones del NI-, se asume el deber del Estado de asegurar el financiamiento para garantizar ese derecho y eso se manifiesta en la ampliación de la población cubierta y el aumento del presupuesto. Por otro lado, en sus principios se afirma la necesidad de mejorar los determinantes sociales de la salud, la importancia de la APS, la integralidad y las redes en sus definiciones amplias, así como también la presencia de una dosis apropiada de provisión pública en el segundo y tercer nivel. Estos elementos mencionados son además parte del

consenso OMS/OPS. La política de medicamentos responde a un enfoque estructuralista y parece ir más allá de este consenso.

Su lanzamiento se realiza en el contexto de las reformas más radicales del NI en Brasil, de allí su contexto inicial de ajuste -modificado luego solo en parte ya que las restricciones nunca desaparecieron- y de descentralización, que no ayuda a producir una salud de calidad ni a enfrentar la inequidad regional y al real empoderamiento del territorio.

De la salud colectiva incorporó la crítica al modelo biomédico, pero al mismo tiempo es en el NI en que se inspira para el diseño de los Consejos, lo que explica el formalismo de la vida de estas instituciones. Por eso no pudo avanzar como se hubiese querido en lo que hace a la inserción de la comunidad, con formas participativas de mayor involucramiento. Las experiencias de participación local y de revalorización de saberes populares quedaron restringidas a proyectos concretos en el marco del Seguro.

En definitiva, la superación del modelo hegemónico requiere construir políticas públicas de salud que sean suficientemente financiadas, lo que significa impulsar cambios estructurales importantes. Sobre esa premisa, dichas políticas deben ser contextualizadas, para responder a las realidades locales y regionales, incluyendo una lógica discursiva de las y los actores que las conforman, que reconozcan y valoren la diversidad cultural y que sean generadoras de espacios de participación de otro tipo.

Referencias bibliográficas

1. Iñiguez A, Narodowski P. La G de la ecuación macroeconómica. El Estado y las finanzas a través de las teorías y los años. En: De Santis G, Naclerio A, Narodowski P, eds. Teoría y política macroeconómica. Aplicaciones a la economía argentina. La Plata: Editorial Universidad de La Plata; 2007. Disponible en: https://periferiaactiva.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/10/ic3b1iguez-y-narodowski-capitulo-6.pdf

2. Medina A, Narodowski P. Estado, integración y salud: la gestión en red de un hospital público. Buenos Aires: Ediciones Imago Mundi; 2015. Disponible en: https://redes.unaj.edu.ar/wp-content/uploads/2017/05/Libro-Estado-integraci%C3%B3n-y-Salud-con-tapa.pdf

3. Narodowski P. La Argentina pasiva. Desarrollo, subjetividad, instituciones, más allá de la modernidad. Buenos Aires: Prometeo; 2008. Disponible en: https://periferiaactiva.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/11/narodowski-la-argentina-pasiva-completo.pdf

4. López A. Las ideas evolucionistas en economía: una visión de conjunto. Buenos Aires Pensamiento Económico. 1996;(1):[sin páginas]. Disponible en: https://

periferiaactiva.files.wordpress.com/2015/01/lopez-las-ideas-evolucionistas-en-economc3ada-una-visic3b3n-de-conjunto.pdf

5. Organización de las Naciones Unidas. Declaración del Milenio. Resolución aprobada por la Asamblea General, 8 de septiembre de 2000 (A/RES/55/2). Nueva York: Naciones Unidas; 2000. Disponible en: https://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf

6. Lyotard JF. La condición posmoderna: informe sobre el saber. Madrid: Cátedra; 1987.

7. González Velazco C, Losiggio D, Narodowski P. Estrategias de investigación en la universidad. Los debates pendientes. Mimeo; 2023.

8. Lash S. Sociología del posmodernismo. Buenos Aires: Amorrortu; 1990.

9. Lash S, Urry J. Economías de signos y espacio. Buenos Aires: Amorrortu; 1994.

10. Ianni O. La sociedad global. México: Siglo XXI; 1998.

11. Ortiz R. Otros territorios. Ensayos sobre el mundo contemporáneo. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes; 1996.

12. Narodowski P, Narodowski L. La tradición china como fundamento de una estrategia de beneficio mutuo en las relaciones internacionales. 2021. Disponible en: https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.15083/ev.15083.pdf

13. Hinkelammert F. El grito del sujeto. Del teatro-mundo del evangelio de Juan al perro-mundo de la globalización. 2ª ed. San José: DEI; 1998. Disponible en: https://www.pensamientocritico.info/libros/libros-de-franz-hinkelammert/espanol.html?download=11:El%20grito%20del%20sujeto

14. Enfermería Universitaria. La enfermería de práctica avanzada. ¿Qué es? y ¿qué podría ser en América Latina? Enferm Univ. 2017;14(4):219-23.

15. Escobar A. Sentipensar con la tierra: nuevas lecturas sobre desarrollo, territorio y diferencia. Medellín: Universidad Autónoma Latinoamericana UNAULA; 2014. Disponible en: http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/escpos-unaula/20170802050253/pdf_460.pdf

16. De Sousa Santos B. Conocer desde el sur. Para una cultura política emancipatoria. Lima: Fondo Editorial de la Facultad de Ciencias Sociales UNMSM; 2006. Disponible en: https://abacoenred.org/wp-content/uploads/2019/07/Conocer-desde-el-Sur.pdf

17. De Sousa Santos B. Descolonizar el saber, reinventar el poder. Montevideo: Trilce; 2010. Disponible en: https://periferiaactiva.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/03/descolonizar-el-saber_final-de-souza-santos.pdf

18. De Sousa Santos B. Democratizar el territorio, democratizar el espacio. 2014. Disponible en: https://derechoalaciudadflacso.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/01/entrevista-a-boaventura-de-sousa-santos-democratizar-el-territorio-democratizar-el-espacio.pdf

19. Coraggio JL, Loriz E. Economía popular, entre la emergencia y la estrategia. Buenos Aires: Ciccus; 2022.

20. Gago V. La razón neoliberal: economías barrocas y pragmática popular. Buenos Aires: Tinta Limón; 2014.

21. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Minister of National Health and Welfare; 1974. Disponible en: http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf

22. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Declaración de Alma-Ata. Alma-Ata: OMS; 1978. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf

23. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Objetivos de desarrollo del milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPAL; 2005. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/de38b298-8084-46aa-85f8-2f016bf7f28c/content

24. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: OPS; 2007. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/31055

25. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2010. Disponible en: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/SDH_conceptual_framework_for_action.pdf

26. Sen A. Development as freedom. Oxford: Oxford University Press; 1999. Disponible en: https://raggeduniversity.co.uk/wp-content/uploads/2025/01/1_x_senDevelopmentasFreedom-_compressed.pdf

27. Nussbaum MC. Las capacidades de las mujeres y la justicia social. Debate feminista. 2009;(39):[páginas]. ISSN 0188-9478.

28. Ruger JP. Toward a theory of a right to health: capability and incompletely theorized agreements. Yale J Law Humanit. 2006;18(2):3. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4190169/pdf/nihms586840.pdf

29. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press; 1998.

30. World Health Organization. The Health for All policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272657/9789289013499-eng.pdf

31. Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. Int J Health Serv. 2007;37(1):111-26.

32. Shortell S. Integrated health systems: promise and performance. Berkeley: School of Public Health, University of California; 2006.

33. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, DC: OPS; 2010. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31323/9789275331163-spa.PDF

34. Mendes EV. La atención primaria en salud: entre lo posible y lo necesario. Río de Janeiro: Fiocruz; 2013.

35. Rodríguez J, Dackiewicz N, Toer D. La gestión hospitalaria centrada en el paciente. Arch Argent Pediatr. 2014;112(1):55-8. Disponible en: https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2014/v112n1a10.pdf

36. Blumenthal D, Chernof B, Fulmer T, Lumpkin J, Selberg J. Caring for high-need, high-cost patients — an urgent priority. N Engl J Med. 2016;375(9):909-17. Disponible en: https://www.smh.com/Portals/0/Documents/palliative-care/NEJMp1608511.pdf

37. Medina A, Narodowski P. Enfoques y herramientas para el gobierno de la salud: comparación internacional en el nuevo contexto de las redes. Buenos Aires: Miño y Dávila; 2019. Disponible en: https://rid.unaj.edu.ar/bitstreams/e18abe31-3210-4f96-843b-4cda918dafa1/download

38. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. Health Policy. 1997;41(1):1-36. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851097000109

39. Béland D, Katapally T. Neoliberalism and health inequality in Latin America. J Soc Policy. 2018;47(4):665-83.

40. Navarro V. Neoliberalism, globalization and inequalities: consequences for health and quality of life. Int J Health Serv. 2007;37(1):211-26.

41. Waitzkin H. Medicine and public health at the end of empire. Boulder: Paradigm Publishers; 2008.

42. Cannellotto A, Luchtenberg E. Medicalización y sociedad: lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión. 2008. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad_2008._medicalizacion_y_sociedad_lecturas_criticas_sobre_un_fenomeno_en_expansion.pdf

43. Martins A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. Interface (Botucatu). 2004;8(14):21-32. Disponible en: https://www.scielosp.org/pdf/icse/2004.v8n14/21-32/pt

44. Giménez G. Fragmentación y especialización en salud pública. Rev Salud Pública. 2014;16(2):113-21.

45. Cueto M. El retorno de la salud selectiva: el enfoque de la atención primaria en salud. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 2004.

46. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. Am J Public Health. 2004;94(11):1864-74. Disponible en: https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.94.11.1864

47. Villa-Vélez L. Educación para la salud y justicia social basada en el enfoque de las capacidades: una oportunidad para el desarrollo de la salud pública. Cien Saude Colet. 2020;25:1539-46. Disponible en: https://www.scielo.br/j/csc/a/rbXbFrxR6hQqjLJDGwwXRBR/?format=html&lang=es

48. Almeida Filho N, Paim JS. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuad Méd Soc (Ros). 1999;:5-30.

49. Almeida Filho N. Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. Salud Colect. 2006;2(2):123-46. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/731/73120203.pdf

50. Ubieto JR. Modelos de trabajo en red. Rev Educ Soc. 2007;(36):[páginas].

51. Batista F, Merhy E. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. Salud Colect. 2011;7(1):9-20. Disponible en: https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/251/240

52. Garrafa V, Manchola C. Bioética y asimetría (negativa) de poder: explotación, desigualdad y derechos humanos. Rev Redbioética/UNESCO. 2016;7(13):12-12. ISSN 2077-9445. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000250926

53. Tribunal de Contas da União. Conheça o SUS. [s.f.]. Disponible en: https://portal.tcu.gov.br/data/files/3D/60/88/A9/D6A5B710EA6C5BA7E18818A8/2%20Conheca%20o%20SUS.pdf

54. Ministério da Saúde. DATOSUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2025. Disponible en: https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/

55. Ministério da Saúde. Relatório de gestão 2023. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_Integral_gestao_tcu_MS_2023.pdf

56. Tribunal de Contas da União. Possibilidades e limitações de uso das bases de dados do DATASUS no controle externo de políticas públicas de saúde no Brasil. Brasília: TCU; 2019. Disponible en: https://sites.tcu.gov.br/recursos/trabalhos-pos-graduacao/pdfs/Possibilidades%20e%20limita%C3%A7%C3%B5es%20de%20uso%20das%20bases%20de%20dados%20do%20DATASUS%20no%20controle%20externo%20de%20pol%C3%ADtica.pdf

57. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde: seus princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf

58. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Disponible en: https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/publicacoes/saude-brasil/saude-brasil-2008-20-anos-de-sistema-unico-de-saude-SUS-no-Brasil.pdf

59. Ministério da Saúde. SUS: a saúde do Brasil. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf

60. Tribunal de Contas da União. Eficiência hospitalar: relatório de acompanhamento sobre ações de monitoramento e avaliação da eficiência hospitalar pelo Ministério da Saúde. Brasília: TCU; 2021. Disponible en: https://eficiencianasaude.org/wp-content/uploads/sites/2/2021/11/idSisdoc_23599236v2-20-Instrucao_Processo_03955120202.pdf

61. Giovanella L, Franco CM, Almeida PFD. Política Nacional de Atención Primaria: ¿hacia dónde nos dirigimos? Cien Saude Colet. 2020;25(4):1475-82. Disponible en: https://www.scielo.br/j/csc/a/TGQXJ7ZtSNT4BtZJgxYdjYG/?lang=pt

62. Atun R, et al. América Latina: prioridades para la cobertura universal de salud. Lancet. 2014 Oct 16. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/medicreview/mrw-2015/mrws151g.pdf

63. Heredia N, Laurell AC, Feo O, Noronha J, González-Guzmán R, Torres-Tovar M. The right to health: what model for Latin America? Lancet. 2015 Apr 4;385(9975):e34-7. doi:10.1016/S0140-6736(14)61493-8. PMID:25458721.

64. Giovanella L. Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada. Río de Janeiro: Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud; 2013.

65. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). A gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2015. Disponible en: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf

66. Melo EA, Almeida PFD, Lima LDD, Giovanella L. Reflexiones sobre los cambios en el modelo federal de financiamiento de la Atención Primaria de Salud en Brasil. Saude Debate. 2020;43:137-44. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/137-144

67. Tribunal de Contas da União. Relatório de acompanhamento. Brasília: TCU; 2023. Disponible en: https://portal.tcu.gov.br/data/files/B2/B5/A7/18/3D4BA810F80985A8E18818A8/20.9%20VR%20Covid%20015.125-2021-1-VR-8%20Ciclo%20acompanhamento%20MS%20Covid-19.pdf

68. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2023: análise da situação de saúde com enfoque nas crianças brasileiras. Brasília: Ministério da Saúde; 2024. Disponible en: https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/publicacoes/saude-brasil/saude-brasil-2023-analise-da-situacao-de-saude-com-enfoque-nas-criancas-brasileiras.pdf

69. Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy — delivering community-based primary care in a universal health system. N Engl J Med. 2015;372(23):2177-81. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Matthew-Harris-20/publication/283899889_Brazil's_Family_Health_Strategy/links/564e551708aeafc2aab1c61e/Brazils-Family-Health-Strategy.pdf

70. Silva VOD, Laurindo ADM, Silva LRD, Louvison MCP, Miranda ASD, Santos L, Maia LTDS. Estudios de grado en salud pública como estrategia política para la

reexistencia y defensa del SUS: trayectoria, expectativas y desafíos para el futuro. Saude Soc. 2025;33:e240634pt. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/sausoc/2024.v33n4/e240634pt/

71. dos Reis Bellaguarda ML, Nelson S, Padilha MI, Caravaca-Morera JA. Autoridad prescriptiva y enfermería: un análisis comparativo de Brasil y Canadá. Rev Latino-Am Enfermagem. 2015;23(6):[nov-dic].

72. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, Almeida PFD, Sardinha LMV, Vieira MLFP. Cobertura de la Estrategia de Salud de la Familia en Brasil: lo que nos muestran las Encuestas Nacionales de Salud de 2013 y 2019. Cien Saude Colet. 2021;26:2543-56. Disponible en: https://www.scielo.br/j/csc/a/SMZVrPZRgHrCTx57H35Ttsz/?format=html&lang=pt

73. Tribunal de Contas da União. Orientações para conselheiros de saúde. Brasília: TCU; 2010. Disponible en: https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude1951202406.pdf

74. Montekio V, Medina G, Aquino R. Sistema de salud de Brasil. Salud Publica Mex. 2011;53(Supl 2):[pp]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/08.pdf

75. Agência Brasil. Brasileños se muestran insatisfechos por servicios de salud. Agência Brasil. 2014 Aug 19. Disponible en: https://agenciabrasil.ebc.com.br/es/geral/noticia/2014-08/brasilenos-se-muestran-insatisfechos-por-servicios-de-salud

76. Agência Brasil. Un 50% de los brasileños tuvieron que ajustar gasto con plan médico. Agência Brasil. 2022 Jun 6. Disponible en: https://agenciabrasil.ebc.com.br/es/saude/noticia/2022-06/casi-el-50-tuvo-que-ajustar-su-presupuesto-para-no-perder-su-plan-de-salud

77. Conselho Nacional de Saúde (CNS). O que é o controle social? [s.f.]. Disponible en: https://conselho.saude.gov.br/controle-social

78. Ministério da Saúde. Experiências exitosas no SUS são apresentadas em atividade do CNS e Fiocruz. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. Disponible en: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/maio/experiencias-exitosas-no-sus-sao-apresentadas-em-atividade-do-cns-e-fiocruz

79. Buziquia SP, Gonçalves TR, Loeck JF, Junges JR. Experiências de participação social no contexto da Atenção Primária em Saúde: um estudo qualitativo. Physis. 2024;34:e34098. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/physis/2024.v34/e34098/

80. Lima LD, Labrada R. Os conselhos de saúde e a participação social. Saude Debate. 2018;42(Esp):110-20.

81. Fleury S. Participação e controle social no SUS. Cien Saude Colet. 2015;20(10):3763-72.

82. Costa AM, Vieira NA. Participação e controle social em saúde. En: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p.237-71. Disponible en: https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/61.pdf

83. Gimenez Peralta JA. A participação popular no SUS: consolidar para avançar ou reformular para qualificar? Elementos para uma reflexão crítica [tesis de maestría]. São Paulo: FLACSO Sede Brasil; 2023. Disponible en: https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/19467/2/TFLACSO-2023JAGP.pdf

84. Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S. Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Río de Janeiro: ISAGS; 2012. Disponible en: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/816019/678763-sistemas-de-salud-en-america-del-sur.pdf

85. Giedion Ú, Villar M, Ávila A. Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado. Madrid: Fundación Mapfre; 2010. Disponible en: https://app.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/cs-seguro/libros/los-sistemas-de-salud-en-latinoamerica-y-el-papel-del-seguro-privado.pdf

86. Campos GWS. Políticas públicas y calidad de vida. Río de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

87. Campos GWS, Figueiredo A. Desafíos de la gestión del SUS. Rev Bras Saude Mater Infant. 2015;15(3):303-11.

88. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet. 2011;377(9779):1778-97. Disponible en: https://arca.fiocruz.br/bitstreams/dc179109-b924-413e-a686-121d0d426025/download

89. Onocko-Campos RT, Tanaka OY. El Sistema Único de Salud brasileño y el proyecto civilizatorio: escenarios, alternativas y propuestas. Cad Saude Publica. 2021;37:e00116621. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/csp/2021.v37n6/e00116621/es/

_ Almeida Filho N, Montekio V, Medina G, Aquino J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. 1999. Disponible en: https://web.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/17/2023/03/n75a345.pdf

_ Argüello Verbanaz S. Regulación y fijación de precios de los medicamentos en Canadá, España, Australia, Reino Unido, Brasil y Chile. Santiago de Chile: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile; 2016. Disponible en: www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/22226/1/Informe%20Final.pdf

_ Feuerwerker LCM. Trabajo y subjetividad: reflexiones a partir de la experiencia de enfrentar el COVID-19 en el Sistema Único de Salud de Brasil. Salud Colect. 2021;17:e3356. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/scol/2021.v17/e3356/

_ Giovanella L, Bousquat A, Almeida PFD, Melo EA, Medina MG, Aquino R, Mendonça MHMD. Médicos por Brasil: ¿camino hacia la privatización de la atención primaria de salud en el Sistema Único de Salud? Cad Saude Publica. 2019;35:e00178619. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/csp/2019.v35n10/e00178619/pt/

_ Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. Int J Surg. 2007;5:57-65.

_ Luhmann N. Sistemas sociales: lineamientos para una teoría general. Vol. 15. Barcelona: Anthropos Editorial; 1998.

_ Ministério da Saúde. Diretrizes de implantação da vigilância em saúde do trabalhador no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponible en: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/80835/Diretrizes-de-implantacao-da-Vigilancia-em-Saude-do-Trabalhador-no-SUS+(2).pdf/2e9e54ae-e133-ae7a-8dbf-7f32422077e6?t=1653226442217

_ Porter D, Ugalde A. Health, neoliberalism and development in Latin America. New York: Palgrave Macmillan; 2004.

_ Sadana R, Mushtaque R, Chowdhury M, Petrakova A. Strengthening public health education and training to improve global health. Bull World Health Organ. 2008 Jun;86(6):[pp]. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2636237/pdf/06-039321.pdf

_ Ubieto JR. Pasión por tener un síndrome. La Vanguardia. 2015 Sep 2; Tendencias:[pp].