

MINISTERIO DE SALUD
Secretaría de Gestión Estratégica y Participativa
Departamento de Apoyo a la Gestión Participativa

CAMINOS DEL DERECHO A LA SALUD EN EL BRASIL

Serie B. Textos Básicos en Salud



Brasília – DF

2007

© 2007 Brasil Ministerio de Salud

Todos los derechos reservados. Está autorizada la reproducción de esta publicación para fines educativos o ajenos al lucro sin que se requiera un permiso especial de los titulares de los derechos de autoría, a condición de que se reconozca la fuente de donde procede.

La responsabilidad de los derechos de autoría de textos y imágenes son de la área técnica.

La colección institucional del Ministerio de Salud puede ser consultada, completamente, en la Biblioteca Virtual en Salud del Ministerio de Salud: <http://www.saude.gov.br/bvs>

El contenido de esta y de otras obras de la Editora del Ministerio de Salud puede ser consultado en la dirección: <http://www.saude.gov.br/editora>

Serie B. Textos Básicos en Salud

Tirajes: 1.ª edición – 2007 – 30 ejemplares

Elaboración, distribución e información:

MINISTERIO DE SALUD

Secretaría de Gestión Estratégica y Participativa

Departamento de Apoyo a la Gestión Participativa

Esplanada dos Ministérios, bloco G

Edifício Sede, 4.º andar, sala 414

CEP: 70.058-900, Brasília-DF

Tels.: 55 61 3315-2062/ 3315-3625

Fax: 55 61 3315-3625

E-mail: sgep.gabinete@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br>

Equipo Técnico:

Ana Maria Costa

Jacinta de Fátima Senna da Silva

Manoel Rodrigues Pereira Neto

Traducción:

Antonia Angulo-Tuesta

Portada:

CREARE DESIGN

Impreso en Brasil

Ficha de Catalogación

Brasil. Ministerio de Salud. Secretaría de Gestión Estratégica y Participativa. Departamento de Apoyo a la Gestión Participativa.

Caminos del Derecho a la Salud en el Brasil / Ministerio de Salud, Secretaría de Gestión Estratégica y Participativa, Departamento de Apoyo a la Gestión Participativa. – Brasília : Editora del Ministerio de Salud, 2007. 24 p. – (Serie B. Textos Básicos en Salud)

ISBN

1. Sistema Único de Salud (SUS). 2. Salud Pública. 3. Política de Salud. 4. Derecho en Salud. I. Título. II. Série.

NLM WA 100

Catalogación en fuente – Coordinación-General de Documentación y Información – Editora del Ministerio de Salud – OS 2007/0419

Títulos para Indexación:

En Portugués: Caminhos do Direito à Saúde no Brasil

En Inglés: Paths of Right to Health in Brazil

EDITORA DEL MINISTERIO DE SALUD

Documentación y Información

SIA trecho 4, lotes 540/610

Código Postal: 71200-040, Brasília – DF, Brasil

Tel.: 55 61 3233-1774, 55 61 3233-2020

Fax: 55 61 3233-9558

Correo electrónico: editor.ms@saude.gov.br

Dirección: www.saude.gov.br/editora

Editorial Equipo:

Normalización: Valeria Gameleira da Mota

Diagramación y diseñador gráfica: Alisson Albuquerque

Sumario

Presentación	5
La Lucha por el Derecho a la Salud en el Brasil	7
Caminos andados por el SUS	11
El Pacto por la Salud	15
Los Desafíos del SUS	17
Las Prioridades Actuales del Ministerio de Salud	19

Presentación

Esta publicación reúne informaciones básicas sobre el Sistema Único de Salud (SUS) del Brasil. Destaca aspectos importantes de su historia, sus principios, su estructura y las principales directrices y estrategias de su gestión.

Además de informar, reafirma la defensa de un sistema basado en los principios de ciudadanía y comprometido, a partir de sus fundamentos, con el derecho de todos a la salud. Por eso, cuanto más próximo de la realización plena de los ideales que lo inspiraron, más decisivo el SUS se convierte para la construcción de un país justo y desarrollado.

Salud, mucho más que ausencia de enfermedad, es el resultado de las condiciones – objetivas y subjetivas – que propician una vida digna. Esto significa que la producción de la salud de la población depende del conjunto de políticas públicas. Esta comprensión, que orientó desde el inicio al movimiento por la Reforma Sanitaria, es retomada con vigor en el contexto actual, en que convergen diversas iniciativas de repolitización de la lucha por el derecho a la salud en el Brasil.

En este momento, la expectativa es que la 13ª Conferencia Nacional de Salud, a realizarse al final de este año, contribuya con este proceso. Se espera un amplio debate entre gestores, trabajadores de salud y usuarios, en los ámbitos municipal, estadual y nacional, que oriente las necesidades y desafíos en las diversas esferas de gestión y los diferentes sectores del Estado para la consolidación del SUS.

En este proceso de repolitización, se destaca la Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud (CNDSS), nombrada por el Presidente Lula el 13 de marzo de 2006, que vie-

ne contribuyendo para revitalizar concepciones que articulan salud y proyecto civilizador, destacando que una vida humana saludable, depende de vivienda digna, alimentación de buena calidad y en cantidad suficiente, sistema de saneamiento básico, servicios de salud y educación de calidad, procesos pacíficos de mediación y resolución de conflictos y relaciones ambientales sustentables. Depende aún de un ambiente social fundado en la valorización de la cooperación y de la solidaridad y en el respeto a la diversidad sociocultural.

Este documento reafirma el compromiso del Estado brasilero con el derecho a la salud y la calidad de vida de la población brasilera, como indica la Constitución Federal en el capítulo del Sistema de Seguridad Social, y se suma al esfuerzo histórico de movimientos sociales, técnicos y gestores del sector de la salud y demás sectores de la sociedad civil.

La Lucha por el Derecho a la Salud en el Brasil

El derecho a la salud fue reconocido internacionalmente en 1948, con la aprobación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos por la Organización de las Naciones Unidas (ONU). En el Brasil, fue incorporado como el “derecho” a la asistencia a la salud de los trabajadores con vínculo formal al mercado de trabajo, lo que contemplaba solamente una parte de la población que contribuía para la seguridad social y dejaba a la mayoría de la población sin acceso a las acciones de salud, restándoles la asistencia prestada por entidades filantrópicas.

En este contexto, la salud no era considerada un derecho, sino un beneficio de la seguridad social, como la jubilación, el auxilio-enfermedad, la licencia maternidad y otros.

Coherentes con esta visión, durante décadas, las políticas públicas de salud tuvieron como objetivo mantener y recuperar la fuerza de trabajo necesaria para la reproducción social del capital. Al mismo tiempo, el sector salud era básicamente asistencial y curativo, de carácter crecientemente privatista, con poca prioridad para las políticas de promoción de la salud.

El movimiento por la Reforma Sanitaria surgió de la indignación de sectores de la sociedad sobre el dramático cuadro del sector salud. Desde el inicio, su acción estuvo orientada a cuestionar este cuadro de iniquidades. Las primeras articulaciones comienzan en la década de 1960, pero es interrumpido por el golpe militar de 1964. El movimiento maduró a partir de fines de la década de 1970 e inicio de los años de 1980 y se mantiene movilizado hasta el presente. Está formado por técnicos e intelectuales, partidos políticos, diferentes corrientes y tendencias y diversos movimientos sociales.

Una de las principales acciones de la lucha por la Reforma Sanitaria fue la realización, en 1986, de la 8ª Conferencia Nacional de Salud, evento que, por primera vez en la historia del país, permitió la participación de la sociedad civil organizada en el proceso de construcción de un nuevo ideario para la salud.

La conferencia se orientó por el principio: “Salud como derecho de todos y deber del Estado”. Sus principales resoluciones fueron confirmadas por la Constitución Federal, promulgada en 1988. Esta victoria fue fruto de la intensa movilización popular, que resultó en la Enmienda Popular de la Salud, suscrita por más de 500 mil ciudadanos brasileros.

En el texto constitucional, la salud pasó a integrar el Sistema de la Seguridad Social, juntamente con la seguridad y la asistencia social. Se instituyó el SUS, como un sistema de atención y cuidados, con base en el derecho universal a la salud y en la integralidad de las acciones, incluyendo la vigilancia y promoción de la salud y recuperación de los agravios.

Los principios del SUS definidos en la Constitución Federal, están detallados en las leyes nº 8080, de 19 de setiembre de 1990 y nº 8142, de 28 de diciembre de 1990, las denominadas leyes orgánicas de la salud. Para comprender mejor, éstas se dividen en ético-políticos y organizativos.

Actualmente, se comprende por principios ético-políticos del SUS: a) la universalidad del acceso, entendida como la garantía del acceso a los servicios de salud para toda la población, en todos los niveles de asistencia, sin prejuicios o privilegios de cualquier especie; b) la integralidad de la atención, como un conjunto articulado y continuo de acciones y servicios preventivos y curativos, individuales y colectivos, en todos los niveles de complejidad del sistema; c) la equidad, que fundamenta la promoción de la igualdad con base en el reconocimiento de las desigualdades entre grupos

e individuos y en la implementación de acciones estratégicas para superarlas; y d) la participación social, que establece el derecho de la población a participar de las instancias de gestión del SUS, por medio de la gestión participativa, y de los consejos de salud, que son las instancias de participación social. Esta participación significa compartir co-responsabilidades entre Estado y sociedad civil en la producción de la salud, o sea, en la formulación, ejecución, monitoreo y evaluación de las políticas y programas de salud.

Los principios organizativos del SUS son: a) la intersectorialidad, que define el compromiso de los diversos sectores del Estado con la producción de la salud y el bienestar de la población; b) la descentralización político-administrativa, conforme la lógica de un sistema único, que prevé, para cada esfera de gobierno, atribuciones propias y comando único; c) la jerarquización y la regionalización, que organizan la atención a la salud según niveles de complejidad – básica, mediana y alta –, ofrecidos por área territorial y poblacional, conocidas como regiones de salud; y d) la transversalidad, que establece la necesidad de coherencia, complementariedad y refuerzo recíproco entre instituciones, políticas, programas y acciones de salud.

El concepto de salud definido por la Reforma Sanitaria se afina con el de calidad de vida, entendida como la conquista histórica de la capacidad de disfrutar y criar una vida que atienda, dentro de los patrones de la dignidad humana, las demandas de vivienda, trabajo, transporte, diversión y propicie el acceso a las acciones integrales de salud, a una educación de calidad y a mecanismos de resolución ecuánime y pacífica de los conflictos.

Así, la consolidación del SUS, como un sistema de atención y cuidados en salud no es suficiente para hacer efectivo el derecho de la población a la salud. Son claras las evidencias que señalan los límites de la actuación de un sistema de asistencia. La conquista de la salud debe estar articulada a la acción sistemática e inter-

sectorial del Estado sobre los determinantes sociales de la salud, o sea, el conjunto de factores económicos, sociales y culturales que influyen directa o indirectamente sobre las condiciones de salud de la población.

Caminos andados por el SUS

El SUS es una conquista popular en permanente proceso de construcción y mejoría, inspirada en un proyecto de Estado de Bienestar Social. Esta característica lo configura como un sistema contra hegemónico, contrario a una visión de mercado, excluyente, centrada en la recuperación del daño y afinada con el ideario neoliberal de reducción de los compromisos sociales del Estado. Durante la década de 1990, medidas neoliberales perjudicaron el proceso de consolidación del SUS.

Al retirar el financiamiento de la salud del Fondo de Seguridad Social se afectó seriamente la provisión de recursos para el sector, problema que permanece actualmente sin solución definitiva. Sin contar con la cantidad necesaria de recursos, el SUS tiende a no ofrecer, en suficiente cantidad y en condiciones adecuadas a la atención de las necesidades y demandas de salud de toda la población, los servicios de mediana y alta complejidad, o sea, aquellos que demandan más inversiones y que interesa, de forma particular, al sector privado.

Del punto de vista ideológico, crecieron las tesis favorables al consumo individual como medio de acceso a los servicios de salud, que ven la salud menos como derecho universal y más como mérito económico individual.

Este cuadro contribuyó al fortalecimiento de los seguros privados de salud, que componen el sistema suplementar al SUS y atienden especialmente categorías de trabajadores organizados y personas con renta suficiente para enfrentar los costos mensuales de mantenimiento del seguro. En este contexto, estos sectores tienen poco interés en el proceso de participación y control social del SUS. De este universo, vinculados a los seguros privados, la mayor parte de la población brasilera está excluida.

Más las limitaciones de los seguros privados de salud no están apenas asociadas a su carácter mercantil y excluyente: su concepción de salud está centrada en la recuperación del daño individual y no en la producción colectiva de la salud.

La onda neoliberal sólo no consiguió más éxito debido a la solidez y al convencimiento, de la población, de la salud como un derecho de todos, garantizado por el Estado. De hecho, en todos los momentos en que este derecho estuvo amenazado, la sociedad brasilera reaccionó rápidamente en su defensa.

Así, a pesar de estas adversidades, en los caminos andados por el sistema, desde 1988, no fueron pocas realizaciones, lo que comprueba la viabilidad y la capacidad resolutoria de un sistema basado en el derecho universal a la salud.

La producción anual de atención a la salud en el país registra cerca de 170 millones de consultas, 2 millones de internaciones y 15 mil trasplantes de órganos, que movilizan 260 mil agentes comunitarios de salud y 27 mil equipos de salud. El SUS empeñado en atender las macro y microdemandas de salud de un país con dimensiones continentales, desarrolló el Programa Nacional de ETS y SIDA, que se transformó en referencia internacional; alcanzó 100% de cobertura de vacunación; contribuyó con la disminución de la mortalidad infantil, promovió la reforma del sistema psiquiátrico; desarrolló programas de participación contra el tabaquismo; implantó las farmacias populares, el Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU), la Salud de la Familia – estrategia prioritaria de organización de la atención básica, con el fin de garantizar la universalidad del acceso – y el Brasil Sonriente (Brasil Sorridente), la nueva Política Nacional de Salud Bucal, articulada a Salud de la Familia y constituida por un conjunto de acciones estratégicas para la mejoría de las condiciones de salud bucal de la población brasilera.

En relación al financiamiento, a pesar de los impasses generados por las investidas neoliberales, la lucha de los sectores democráticos de la sociedad garantizó, a lo largo de estos años, un significativo aumento del presupuesto de la salud. Al mismo tiempo, los repases de recursos de la esfera federal para las esferas estadual y municipal son regulares, atendiendo los porcentajes del presupuesto, pertinente a cada esfera, establecidos en la Constitución Federal.

Del punto de vista de la gestión, se profundizó el proceso de descentralización y se mejoró el sistema de referencia y contra-referencia. Las instancias y mecanismos de ejercicio de la democracia participativa, con destaque para la gestión participativa, se fortalecieron, con la implantación de los consejos de salud en todos los 26 estados y 5,564 municipios, así como en el Distrito Federal. La importancia estratégica de esta participación está directamente asociada a la propia naturaleza político-institucional del SUS, que considera la movilización popular uno de sus elementos dinámico-estructurales. Esto significa que, si el SUS consiguió establecerse solamente por los caminos de la lucha popular, es por esos caminos que tendrá condiciones de consolidarse.

El Pacto por la Salud

Buscando responder a la necesidad imperiosa de calificación de la gestión del SUS, fue instituido el Pacto por la Salud, en 2006, como un factor de fortalecimiento de la gestión solidaria entre las tres esferas del SUS – Unión, estados y municipios –, para atender las necesidades y demandas de salud de la población. El Pacto es la expresión, en el campo de la salud, del pacto federativo establecido por la Constitución Federal, que prevé la co-responsabilidad y la cooperación entre los entes federados.

El Pacto, firmado entre el Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de Secretarios de Salud (CONASS) y el Consejo Nacional de Secretarías Municipales de Salud (CONASEMS), propone una serie de cambios en la gestión y en el proceso de pacto que involucra a los gestores y a las instancias de participación social del SUS. El objetivo es establecer nuevas estrategias de gestión, de planificación y de financiamiento del sistema, para avanzar en la consolidación del SUS. El Pacto busca ampliar la movilización popular y el movimiento en defensa del SUS. Es resultado de un proceso que viene siendo construido desde 2003.

El Pacto por la Salud tiene tres dimensiones: el Pacto por la Vida, el Pacto de Gestión del SUS y el Pacto en Defensa del SUS.

El Pacto por la Vida se compromete a enfrentar las situaciones persistentes que afectan a las poblaciones más vulnerables, definiendo estrategias y metas sanitarias para mejorar la situación de salud, con vistas a la promoción de la equidad en salud.

El Pacto en Defensa del SUS establece compromisos políticos involucrando al Estado y a la sociedad civil, a fin de consolidar el efectivo proceso de la Reforma Sanitaria Brasileira, por medio de

la ampliación y perfeccionamiento de las prácticas de democracia participativa en el SUS, visando fortalecer la acción política en defensa del derecho a la Salud.

El Pacto de Gestión define las responsabilidades sanitarias de cada gestor municipal, estadual y federal para la gestión del SUS, en los siguientes aspectos: gestión del trabajo, educación en salud, descentralización, regionalización, financiamiento, planificación, programación negociada e integrada, regulación de las acciones y servicios, monitoreo y evaluación, auditoria y participación y control social.

El Pacto cualifica la descentralización, por medio del fortalecimiento de las Comisiones Intergestores Bipartite (CIBs), instancias de negociación que actúan en los estados, y de la definición de modelos de organización, con base en las directrices y normas negociadas en la Comisión Intergestores Tripartite (CIT), que serán presentadas para deliberación de los respectivos consejos de Salud.

A su vez, la directriz de regionalización señala la creación de regiones de salud, visando mejorar el acceso a los distintos servicios de salud. Estas regiones deben ser consideradas y definidas de acuerdo con la realidad de vida de las personas y de las comunidades, acompañando la existencia de los servicios de salud en el local donde viven y transitan las personas.

Los Desafíos del SUS

En un país marcado por profundas desigualdades sociales, la promoción de la equidad constituye un importante desafío que debe ser asumido por las políticas públicas. En el campo de la salud, esto implica enfrentar las vulnerabilidades e inequidades que afectan segmentos específicos, como mujeres, ancianos, niños/as, población negra, grupos de diversas orientaciones sexuales, poblaciones del campo y de la floresta y en situación de la calle.

Significa también avanzar en la consolidación de los principios de la transversalidad y de la intersectorialidad, indispensables para revertir las tendencias a la fragmentación de la acción del Estado, tanto al interior del sector salud como en la interfase con los demás sectores.

Es fundamental aún avanzar en el proceso de calificación de la atención integral disponible en las unidades de salud del SUS, de tal forma que el conjunto de la población reciba servicios de salud de buena calidad y acciones de prevención y promoción de la salud. Esto tiende a fortalecer el sector público y debilitar los espacios en que la salud es vista como mercancía. Al mismo tiempo, es necesario comprometer al sector suplementar con la promoción de la salud, y no solamente con la asistencia.

Así, es necesario ampliar la provisión al sistema de insumos e equipos, garantizando el mantenimiento eficiente, mejorar la articulación de los diferentes niveles de atención, mejorar la gestión solidaria entre las tres esferas de gestión y calificar la participación popular en los consejos de salud.

La implementación de estos principios y líneas de acción, entre otros, converge para ampliar y consolidar las conquistas de

salud de la población brasileira. En un sentido más profundo, sirven para aproximar al verdadero horizonte de la Reforma Sanitaria y del SUS: un proyecto civilizador en que la salud, en vez de mercancía al alcance de pocos, se constituya – al lado de la educación, vivienda, trabajo, seguridad, diversión, ambiente natural y social saludable, y otras conquistas que forman una vida propiamente humana – en derecho de todos.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO
Ministro de Salud

Las Prioridades Actuales del Ministerio de Salud

(Fragmento del Discurso de Pose del Ministro José Gomes Temporão, el 19 de marzo de 2007)

- 1 Cuidar el rigor en el uso de los recursos públicos, combatiendo los fraudes e instituyendo controles que permitan una mayor participación de la sociedad en el uso y destino de los recursos de salud.
- 2 Fortalecer, expandir y calificar la atención básica como estrategia central del reordenamiento del sistema, a partir de los principios de integralidad, equidad y universalidad.
- 3 Fortalecer, profundizar y mejorar los Pactos por la Vida, en Defensa del SUS y de Gestión, a través del proceso de descentralización negociado y monitoreado por la Comisión Intergestores Tripartite y por las Comisiones Intergestores Bipartites, calificándolos como espacios de gestión y formulación de políticas.
- 4 Luchar en el gobierno, en el Congreso Nacional y en la sociedad para que la salud disponga de los recursos necesarios del presupuesto para la plena realización de los mandatos constitucionales.
- 5 Fortalecer la participación social con una gestión democrática y participativa en el SUS ampliando el grado de conciencia sanitaria, como nos enseñó Giovanni Berlinguer, y el grado de educación de la población sobre salud y sus determinantes, así como el nivel de acción colectiva para el cambio de sus determinantes estructurales.

- 6 Adoptar una visión integrada interinstitucional, múltiple e interactiva que aproxime los espacios de la salud, educación, deportes, cultura, saneamiento, seguridad, habitación con las políticas de inclusión social. Aquí tendremos posiblemente uno de nuestros principales desafíos.
- 7 Fortalecer y diseminar nacionalmente la Política de Humanización, extendiéndola al conjunto de prácticas en el proceso de producción de los cuidados en salud y asegurando acogida, confort, respeto y calificación técnica en la atención al ciudadano usuario del SUS.
- 8 Fortalecer la Política Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos, con énfasis en la mejoría de la atención obstétrica, en el combate al cáncer ginecológico (la situación del cáncer del cuello uterino es vergonzosa, 20 mil nuevos casos en 2007), en la planificación familiar, en la atención al aborto inseguro y en el combate a la violencia doméstica y sexual; agregando también la prevención y tratamiento de mujeres viviendo con ETS/Sida.
- 9 Mejorar la atención a las poblaciones en situaciones de riesgo, como la población indígena, quilombolas, de asentamientos, entre otras.
- 10 Instituir la Política Nacional de Atención a la Salud del Hombre.
- 11 Desarrollar abordajes innovadores en relación a grupos más vulnerables de la población, como los ancianos y al binomio madre-hijo en el primer año de vida, período fundamental en la construcción de patrones de relaciones sociales y de desarrollo de la personalidad.
- 12 Priorizar la promoción de la salud y políticas de prevención para las enfermedades prevalentes, como las cardiovasculares, cáncer, las que resultan de las violencias, accidentes de

trabajo y de tránsito, del uso de drogas psicoactivas y alcohol, de hábitos alimentares, del tabaquismo, entre otras.

- 13 Convocar a la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) y a la Escuela Nacional de Salud Pública Sérgio Arouca (ENSP) para que, junto con la Universidad de Brasilia (UnB) y la Escuela Nacional de Administración Pública (ENAP) implanten inmediatamente una “Escuela de Gobierno en Salud” – cuya propuesta se afirma como espacio esencial para la capacitación de los gestores de salud –, en la capital federal.
- 14 Fortalecer la presencia del Brasil en el escenario internacional – atendiendo al desafío lanzado por el presidente Lula durante el Congreso de la Asociación Brasileira del Postgrado en Salud Colectiva (ABRASCO) –, estrechando las relaciones con el Ministerio de Relaciones Exteriores, ampliando nuestra presencia en las instituciones sectoriales y en programas de salud de las Naciones Unidas – como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Pan-Americana de la Salud (OPS), el programa Facilidad Internacional para la Compra de Medicamentos (UNITAID/FIAM) y tantos otros –, así como cooperando con el desarrollo de los sistemas de salud de los países de América del Sur – en especial con el Mercosur – y con los países de lengua portuguesa del África y la Comunidad de los Países de Lengua Portuguesa (CPLP).
- 15 Continuar y mejorar la reforma psiquiátrica brasileira.
- 16 Buscar una mayor integración entre las actividades y políticas desarrolladas por la Agencia Nacional de Salud Suplementar y el SUS.
- 17 Establecer con los profesionales de salud un diálogo que permita avanzar en el debate sobre la política salarial, las

condiciones de ejercicio profesional, el combate a la precarización del trabajo, la calificación permanente y adoptando en esta perspectiva la máxima “cuidar de quien cuida”.

- 18 Fortalecer el papel del Ministerio de Salud en relación a la investigación, la innovación y el desarrollo científico y tecnológico, fortaleciendo la Política de gestión de tecnologías en salud recientemente concluida.
- 19 Establecer una estrategia nacional de desarrollo e innovación para el Complejo Productivo de Bienes y Servicios de Salud en el país, pensando la salud como un espacio de producción, desarrollo, creación de empleos y riqueza para la nación y como factor imprescindible al desarrollo.
- 20 Garantizar el acceso de la población a los medicamentos necesarios a través de una política de asistencia farmacéutica que integre y articule la dispensación gratuita con las nuevas estrategias establecidas por el programa de Farmacia Popular.
- 21 Establecer nuevos modelos de gestión que garanticen los principios del SUS, y que permitan que las instituciones de salud funcionen con más eficiencia y calidad. La reciente reglamentación de la Ley de Consorcios y la propuesta de un nuevo modelo jurídico-institucional para la red pública de hospitales abren nuevas perspectivas.
- 22 Contribuir para descifrar la esfinge de Río de Janeiro, buscando establecer una renegociación entre los gestores federal, estadual y de los municipios, en la comprensión de la salud como parte de un proyecto civilizador fundamental para el pueblo carioca y fluminense.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada
na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde
pode ser acessado na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Normalização, revisão, editoração, impressão, acabamento e expedição)

SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, abril de 2007

OS 0419/2007