



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Carvalho, Regina RP; Fortes, Paulo AC; Garrafa, Volnei
Reflexiones sobre la participación pública y privada en la asistencia a la salud
Salud Pública de México, vol. 56, núm. 2, marzo-abril, 2014, pp. 221-225
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10631163010>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ENSAYO

Reflexiones sobre la participación pública y privada en la asistencia a la salud

Regina RP Carvalho, D en Bioética,⁽¹⁾ Paulo AC Fortes, MD, PhD,⁽²⁾ Volnei Garrafa, Odont, PhD.⁽³⁾

Carvalho RRP, Fortes PAC, Garrafa V.
Reflexiones sobre la participación pública y privada en la asistencia a la salud.
Salud Publica Mex 2014;56:221-225.

Resumen

La asistencia a la salud es uno de los temas más complejos en el ámbito de las políticas sociales, en el que inciden factores como el aumento de los costos, la crisis económica y la participación privada en la financiación de los servicios. El objetivo de este ensayo es reflexionar sobre esa participación del sector privado en la asistencia a la salud, a partir de la experiencia de Brasil y considerando los países integrantes de la Unión de Naciones Suramericanas. A partir de un estudio cualitativo que utilizó datos de organizaciones nacionales e internacionales, se constató una importante participación privada en la asistencia en países de diversos continentes, con aumento de los gastos público y privado entre 2000 y 2010. Independientemente del sistema de salud adoptado, hubo un aumento del gasto privado en la mayoría de los países analizados, lo que hace necesario profundizar en la evaluación de desempeño de los sectores público y privado, así como de los marcos regulatorios de la participación de esos segmentos. Ello permitiría la implementación de políticas eficaces en la promoción de mejoras en la calidad y amplitud de la cobertura asistencial.

Palabras clave: atención a la salud; accesibilidad a los servicios de salud

Carvalho RRP, Fortes PAC, Garrafa V.
Reflections on public-private participation in healthcare.
Salud Publica Mex 2014;56:221-225.

Abstract

Health care is one of the major issues in social policy, affected by multiple factors, such as the increase in health costs, crisis, and the degree of private participation in the financing of services. In this essay we reflect on this participation of the private sector in health care, with Brazil as a reference country and taking into account member states of the Union of South American Nations. Based on a qualitative study using data from national and international organizations, we found significant private participation in health care of countries in various continents, with an increase of public and private spending between 2000 and 2010. Regardless of the adopted health system, there was an increase of private spending in most countries analyzed, which emphasizes the need to further evaluate the performance of public and private sectors, as well as the regulatory frameworks for their participation in health care, thus enabling policies that promote quality improvement and the expansion of coverage.

Key words: health care; health services accessibility

La asistencia a la salud es uno de los principales debates de las políticas sociales en diferentes países frente al aumento de los costos, derivados entre otros factores de la incorporación de biotecnologías y del envejecimiento poblacional, con crecimiento de la demanda en

el área de servicios. Tal escenario se agravó ante la crisis económica, especialmente de los países de la comunidad europea, y aumentó el desafío de la cobertura universal de la salud, hecho que está siendo discutido por la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹

(1) Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual. São Paulo, Brasil.

(2) Programa de Posgrado en Salud Global, Universidade de São Paulo (USP). Brasil.

(3) Programa de Posgrado en Bioética, Universidade de Brasília (UnB). Brasil.

Fecha de recibido: 24 de abril de 2013 • Fecha de aceptado: 29 de noviembre de 2013

Autor de correspondencia: Regina Ribeiro Parizi Carvalho. R: Coronel Lisboa n° 515, Vila Mariana, São Paulo, SP. CEP: 04020-040 Brasil

Correo electrónico: pariziregina@gmail.com

En Brasil, un estudio para evaluar la percepción de la población sobre las cuestiones de la pobreza en el país realizado en 2011-2012 por el *Instituto de Pesquisa Económica Aplicada*² mostró que la violencia (23%) y la salud (22.3%) eran los principales problemas del país en la percepción de 3 796 personas entrevistadas.

Un estudio sobre la demografía médica brasileña realizado por el *Conselho Federal de Medicina*,³ responsable de la reglamentación de la profesión médica en el país, mostró un aumento del número de profesionales en las últimas décadas. En 2011 estos números alcanzaron la razón de 1.95 médicos/1000 habitantes, los cuales continúan concentrados a una razón de 2.61 médicos/1000 habitantes en la región sudeste (la más desarrollada del país), ocupando 7.6 puestos de trabajo ofrecidos por el sector privado y 1.95 puestos en los servicios públicos del país.

La cuestión provoca debates en Brasil, pues la salud es considerada un derecho social y cuenta con un sistema universalista para dar consecuencia a lo inscrito en la Constitución Federal Brasileña⁴ una vez que se aprobó que el sistema nacional de salud, así como sus políticas públicas, sería desarrollado con el objetivo de proveer, de forma igualitaria, acciones y servicios a toda la población mediante la participación de la comunidad.

Hay, por tanto, un debate ético sobre sistemas de salud donde autores latinoamericanos discuten las implicaciones relacionadas con los sistemas propuestos y con las formas de asistencia a la salud,⁵⁻⁷ teniendo como principal eje la responsabilidad pública y la equidad con el objetivo de disminuir las desigualdades existentes.

Sin embargo, el panorama de la asistencia en el mundo se mostró complejo, como señaló la OMS.¹ Así, el objetivo de este estudio, parte integrante de una investigación cualitativa aprobada en el programa de doctorado en Bioética en la *Universidade de Brasília*, ha sido verificar otros datos del sector salud, incluyendo la participación público-privada, correlacionándolos con los de diferentes países para análisis y sugerencias que puedan contribuir con el tema.

Asistencia a la salud en Brasil

En Brasil, el texto legal del derecho a la salud, inscrito en la Constitución Federal,⁴ dispuso sobre derechos colectivos relacionados con factores determinantes de las condiciones de vida y salud, mientras los artículos 198 y 200 creaban el *Sistema Único de Saúde* (SUS)⁸ y determinaban “las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación”, que en el área de la salud pasaron a ser atribución de todos los entes federativos.

Se estableció también que la asistencia a la salud “es libre a la iniciativa privada”. Así, se matuvo la du-

lidad pública y privada en la prestación de servicios de asistencia a la salud que ya existía anteriormente, lo que permite que el acceso a servicios diferenciados contase, inclusive, con deducción de la contribución fiscal de parte de los gastos con la salud privada.⁹

En el periodo anterior a 1988 ya existían dos niveles de participación del sector privado: el de prestación directa de servicios a la población y el de planes y seguros privados. Por tanto, fue dentro de esa concepción que se reglamentó la asistencia suplementaria¹⁰ y se creó la *Agência Nacional de Saúde Suplementar* (ANS),¹¹ vinculada con el *Ministério da Saúde*, con atribución de registro, normativización y control de las empresas operadoras de planes y seguros privados de salud en el país.

Legalmente, el total de los 195 millones de brasileños, según las estimaciones del *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*¹² para 2011, estaban cubiertos por el SUS.⁸ No obstante, 46.6 millones de beneficiarios también reciben asistencia de los planes y seguros privados, según la ANS.¹³

La reglamentación de los planes y seguros privados también fue demanda del propio Estado, que ya había incorporado en 1998 políticas del movimiento neoliberal y de economía de mercado en curso en los países más desarrollados.¹⁴ Sin embargo, en aquel entonces no se aclaró si la participación de ese sector en la asistencia a la salud en relación con el SUS debería darse en carácter complementario, suplementario o duplicativo, estableciendo un marco regulatorio que reflejó parte de las reivindicaciones de sectores de la sociedad más empeñados en la reglamentación.

El crecimiento de ese segmento de los convenios con seguros y con la red asistencial privada ha provocado debates en relación con el sistema público universalista^{15,16} que, aun siendo un compromiso constitucional, ha presentado dificultades presupuestarias relacionadas con la universalización de las acciones integrales de atención a la salud en el país. Esto es porque en la cuestión asistencial una significativa parte de las dificultades es estructural, de configuración de la red de servicios, pues el sistema público compró más de 75% de las camas hospitalarias del sector privado, según datos de 2009.¹⁷ La distribución de esas camas, de la misma forma que la distribución de los médicos,³ está concentrada en las regiones más ricas y desarrolladas del país.¹⁸

Datos publicados por la ANS¹³ indicaron un crecimiento de 18 a 25%, entre 2003 y 2011, en el porcentaje de personas cubiertas por planes y seguros privados de salud (más de 70% en la modalidad de planes colectivos empresariales, es decir, como beneficios laborales financiados en parte o en su totalidad por el empleador) relacionado con el crecimiento económico presentado por el país. Al mismo tiempo, se verifica que entre los años 2008

y 2009 hubo un aumento en la media de gastos privados con asistencia a la salud en el país, lo que representó 5.9% de los gastos mensuales familiares, teniendo mayor peso (7.3%) en los gastos de las familias con menor renta.¹⁹

Con todo, el aumento de la participación del sector privado en la asistencia a la salud brasileña no se limitó a los planes y seguros, también se dio en la red de servicios ofrecidos, inclusive por el SUS, mediante contrato con empresas o convenios con organizaciones sin fines lucrativos y filantrópicas, desde la gestión hasta la prestación directa de los servicios de asistencia.²⁰

Una investigación realizada en 2010-2011, con 2 773 personas, tuvo como objetivo evaluar la percepción sobre la calidad de los servicios ofrecidos en la salud por el SUS y por el sector suplementario.²¹ Los datos mostraron que 44.3% de los entrevistados evaluaban como regulares los servicios del sector público, indicando la falta de médicos y el tiempo prolongado de espera para consultas como los principales problemas, mientras en el sector privado de planes y seguros de salud las quejas estaban relacionadas con los precios de las mensualidades y con las restricciones de coberturas de enfermedades y procedimientos.

La participación público-privada en la asistencia a la salud brasileña es materia de controversia, y ha ocupado un lugar importante en los foros de representación de la sociedad en las instancias del SUS, como el *Conselho Nacional de Saúde*,²² con cuestionamientos tanto a los subsidios del Estado para el sector de planes y seguros como a las tercerizaciones privadas de los servicios de salud que prestan asistencia directa a la población.

Investigadores como Carvalho²³ señalan que, además de la falta de estudios del gasto público y del gasto privado en relación con la salud, debería ser contabilizada la renuncia fiscal hecha por el Estado brasileño en el área de la asistencia privada, necesitando una reforma tributaria que busque justicia fiscal.

En relación con los análisis comparativos de desempeño cualitativo y cuantitativo entre los servicios públicos y privados, pocos son los datos brasileños producidos en el área. Hernandes,²⁴ en un estudio longitudinal de 2000 a 2006 sobre ancianos con y sin plan de salud en el municipio de São Paulo, concluye que las asociaciones encontradas con la variable dependiente de arriba se relacionaron más con las cuestiones sociales y demográficas y con la facilidad de acceso a los servicios que con diferencias de las condiciones de salud de los individuos que utilizaban el SUS o los planes y seguros privados.

Escenario comparativo entre algunos países

El papel y la extensión de la participación privada en la asistencia difieren entre los países, dependiendo del modelo de sistema de salud adoptado, es decir, de

concepto universalista, asentado en la seguridad social o fundamentado en el mercado.

Estudios con datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)^{25,26} sobre planes y seguros privados en diferentes países indicaron una gran variabilidad de ese segmento en el modo de inserción en la asistencia, actuando de forma complementaria, suplementaria y duplicativa en relación con la cobertura del sistema nacional. Se observó, independientemente del modelo de sistema, un aumento de la participación privada en la asistencia en gran parte de los países que ha ocurrido en áreas de inversión, servicios y participación de los seguros privados.

Los principales factores de esa tendencia fueron la difusión de las ideas neoliberales en la globalización económica, los costes presupuestarios en salud, las deficiencias del sector público (filas de espera de atención y baja calidad de servicios, entre otros), mayor poder de consumo y expectativa de vida de la población, la incorporación tecnológica en la medicina y la ampliación del desarrollo político y social de Europa Oriental.^{27,28}

Nuevos datos divulgados por la OCDE²⁹ en 2012 mostraron que entre los años 2000 y 2010 continuó creciendo la participación privada en gran parte de los países, observando la proporción de los gastos público-privados en relación con su producto interior bruto (PIB). Éstos también mostraron que la mayoría de los países han mantenido el predominio de la financiación pública con gastos en salud en relación con el PIB, con excepción de Estados Unidos y de países como Sudáfrica, Brasil, India y México, donde la fuente privada de los gastos fue porcentualmente mayor que la pública.

En Brasil se verifica que hubo un aumento considerable de los gastos públicos en relación con el PIB entre 2000 y 2010, en comparación con los demás países emergentes, aunque continúe presentando crecimiento de gastos privados, manteniendo el sector privado como principal fuente de financiación de gastos en salud.

Otro estudio, realizado por Drechsler e Jütting³⁰ con datos de la OMS, sobre el papel de los seguros privados de salud mostró que ese segmento también está aumentando en los países de América Latina y Caribe, especialmente en Uruguay, Chile, Brasil, Argentina y Jamaica. Los autores concluyeron que el aumento de los seguros privados de salud en la región no redujo los costos de los cuidados en salud. En su mayoría no mejoró la calidad asistencial o no aumentó el porcentaje de la población cubierta, al tiempo que muchos países sufrieron deterioro en el aspecto equitativo de la protección financiera de las familias debido a fallos del mercado e insuficiencia del marco regulatorio en la integración de los seguros privados en las estructuras de salud existentes. También se señaló en este estudio la falta de

datos comparativos de la relación costo-beneficio de esos segmentos público-privados, los cuales son necesarios para que se pueda obtener mayor seguridad de cómo esa mezcla de servicios podrá auxiliar, de forma equitativa, en la universalización del acceso a la salud.

Datos de las Estadísticas Sanitarias Mundiales de la OMS³¹ referentes a 2009 mostraron la inversión per cápita en salud en dólares (US\$) de diversos países. En el cuadro I están los países que integran la Unión de Estados Sudamericanos (Unasul),³² para mejor análisis del escenario de la región.

Los números muestran una condición bastante heterogénea de la región en la inversión total per cápita en salud. En relación con la participación de la inversión pública, llama la atención que países como Brasil, Chile, Ecuador, México y Venezuela presenten porcentajes por debajo de 50% en la financiación de la salud.

La OMS,¹ en su informe sobre financiación en salud, alerta sobre esta cuestión, pues paralelamente al crecimiento de los gastos privados existe un gran número de familias en el mundo que son empujadas por debajo de la línea de pobreza como consecuencia de gastos en salud. Destaca, por otro lado, que de 20 a 40% de los recursos destinados a la salud no son aplicados por inefficiencia o corrupción, entre otras cuestiones, lo que muestra la necesidad de que los países adopten medidas efectivas para disminuir ese margen de desperdicio. El informe discute también el modelo asistencial, que actualmente está centrado en el consumo excesivo de servicios de mayor complejidad y costo, por lo que deben ser desarrollados modelos menos onerosos y más eficientes que promuevan mayor impacto en las condiciones de salud de la población.

La importancia de esta cuestión es que con la globalización de la economía, de las prácticas y servicios de salud, incluso países con distintos modelos de sistema de salud están discutiendo reformas ante el aumento creciente de los costos que no está relacionado con aumento en calidad y cobertura de la población asistida.³³

Consideraciones finales y conclusiones

Los organismos multilaterales^{1,34} apuntan hacia imperativos éticos en la salud relacionados con la equidad y la justicia sin los cuales los sistemas sanitarios pierden su horizonte igualitario de universalización de la atención a la salud, por lo que debe ser la combinación de crecimiento económico y desarrollo humano la meta para el mundo actual, correspondiendo a los Estados y gobiernos regular esa ecuación.

La reciente creación de la Unasul,³² resultado del acuerdo regional para promover el desarrollo económico y social de los países sudamericanos, apunta hacia la necesidad de incorporar esas cuestiones en los debates, integrándolas en la pauta y la planificación de la región.^{6,7}

Cuadro I

**PORCENTAJES DE LAS INVERSIONES PÚBLICAS
Y PRIVADAS EN SALUD, PER CÁPITA,
EN DÓLARES (US\$), DE LOS PAÍSES DE LA UNIÓN
DE ESTADOS SUDAMERICANOS (UNASUL). 2009**

País	Porcentaje de inversión pública, per cápita	Porcentaje de inversión privada, per cápita	Inversión total per cápita, en dólares (US\$)
Argentina	66.4	33.6	1 386
Bolivia	64.6	35.4	237
Brasil	43.6	56.4	921
Chile	47.6	52.4	1 209
Colombia	71.1	28.9	687
Ecuador	34.9	65.1	692
Guyana	54.9	45.1	166
México*	48.3	51.6	922
Panamá*	74.8	25.2	1 054
Perú	57.7	42.3	466
Surinam	51.0	49.0	567
Uruguay	65.3	34.7	1 099
Venezuela	40.0	60.0	734

* Miembros observadores de la Unasul

Fuente: Referencia 31

El efectivo acceso a la asistencia, en ese sentido, se ha constituido en una de las principales reivindicaciones en los sistemas de salud que, además de una fuente estable de financiación, precisan garantizar una mayor proporción de inversiones públicas frente a las privadas. Así, el Estado podrá ejercer su indelegable tarea de elaborar políticas y regular equitativamente las acciones y servicios ofrecidos a la sociedad.

Son fundamentales nuevos estudios e investigaciones para profundizar en la evaluación de desempeño del modelo de atención de los sectores público y privado en los sistemas de salud, en la conformación de la red de servicios asistenciales y en la creación de un consistente programa en el área de gestión de datos, posibilitando la transferencia de tecnología, inclusive entre países, con el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia y reducir el desperdicio de recursos en salud.

El debate sobre el marco regulatorio en los países que adoptan la modalidad de seguros privados en la asistencia a la salud también es fundamental, pues como se puede verificar, tal aspecto interfiere en la política de formación y distribución de los profesionales, en la conformación de la red de servicios y en los gastos en salud, determinando, entre otras cuestiones, el acceso de la población, cuantitativo y cualitativo, a las acciones de salud.

Finalizando, el escenario que se presenta en diferentes regiones del mundo, con aumento del gasto privado en asistencia, apunta hacia la necesidad de políticas que

perfeccionen la regulación de la participación público-privada en los sistemas y que permitan la expansión de la cobertura y la universalización de la atención a la salud.

Declaración de conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Referencias

1. World Health Organization. The world health report - Health systems financing: the path to universal coverage; 2010 [consultado 4 de mayo de 2011]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/wqr/2010/9789241564021_eng.pdf
2. Instituto Económico de Pesquisa Aplicada (IPEA). Sistema de Indicadores de Percepção Social- SIPS 2ª edição (2011/2012). Assistência Social. Percepção sobre pobreza: causas e soluções. [informe en Internet] Brasília, DF; 2012. [consultado 16 de febrero de 2012]. Disponible en: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/II1121_sips_asistenciasocial.pdf
3. Conselho Federal de Medicina (CFM); 2011. [libro en línea]. Brasília, DF; 2011. [consultado 15 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/demografia.pdf>
4. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.
5. Schramm F. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. Revista Bioética. Brasilia 2009;16(1) [consultado 24 de octubre de 2012]. Disponible en: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/52/55.
6. Fortes PAC, Zoboli ELCP (orgs.). Bioética e saúde pública. São Paulo: Edições Loyola, 2003.
7. Garrafa V, Porto D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. Bioethics 2003;17(5-6):399-416.
8. Brasil. Ley nº 8.080, de 19 de septiembre de 1990. Dispone sobre las condiciones para la promoción, protección y recuperación de la salud, organización y funcionamiento de los servicios correspondientes, y da otras providencias. [Ley en internet] [consultado 25 de febrero de 2009]. Disponible en: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm
9. Brasil. Ley nº 7713, de 22 de diciembre de 1988. Altera la legislación del impuesto de renta y da otras providencias [ley en internet]. [Consultado: 12 de abril de 2012]. Disponible en: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7713.htm
10. Brasil. Ley nº 9656, de 3 de junio de 1998. Dispone sobre planes y seguros privados de asistencia a la salud. Brasilia, DF: Senado, 1998.
11. Brasil. Ley nº 9961, de 28 de enero de 2000. Crea la Agencia Nacional de Salud Suplementar- ANS y da otras providencias. Brasilia, DF: Senado, 2000.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios- PNAD; 2010. [informe en Internet]. Brasília, DF; 2011 [consultado 16 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.ibge.gov.br>.
13. Brasil. Agência Nacional de Salud Suplementar (ANS) [consultado: 28 de febrero de 2012]. Disponible en: [http://www.ans.gov.br/anstabnet/deftohtm.exe?anstabnet/dados/TABNET_03.A.DEF](http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/deftohtm.exe?anstabnet/dados/TABNET_03.A.DEF)
14. Cardoso FH. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. [acceso en internet]. Brasilia, DF; 1994 [consultado: 16 de febrero de 2012]. Disponible en: http://www.planalto.gov.br/publi_04/COLECAO/PLANII.HTM
15. Carvalho M, Santos NRD, Campos GWS. "As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde..." ou será o contrário? Saúde em Debate Rio de Janeiro 2012;36(92):11-20.
16. Nobre MAB, Silva RAD (coord.). O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde. Belo Horizonte: Fórum, 2011.
17. IBGE. Pesquisa Assistência Médico-Sanitária – 2009 [consultado: 6 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/default.shtm>.
18. CNES. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Datasus; 2012 [informe en internet]. Brasilia, DF; 2012 [consultado: 27 de marzo de 2012]. Disponible en: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Natureza.asp?VEstado=00.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares- POF; 2008/2009. [informe en Internet]. Brasilia, DF; 2010 [consultado: 16 de febrero de 2012]. Disponible en: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/.../noticia_visualiza.php?id...
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Conta- Satélite de Saúde Brasil, 2007 2009 [informe en internet]. Brasilia, DF; 2012 [consultado 19 de febrero de 2012]. Disponible en: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude/css_2007_2009/default.shtml
21. Instituto Económico de Pesquisa Aplicada (IPEA). Sistema de Indicadores de Percepção Social- SIPS (2010/2011)- Saúde. [informe en Internet]. Brasilia, DF; 2011 [consultado: 16 de febrero de 2012]. Disponible en: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/I10207_sipssauda.pdf
22. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Carta da 14ª Conferência Nacional de Saúde à Sociedade Brasileira; 2011. [Consultado: 12 de febrero de 2012]. Disponible en: http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/04_dez_carta_final.pdf
23. Carvalho G. O Financiamento da Saúde no Brasil: um debate sobre a vinculação constitucional de recursos para a saúde, dívida pública e projeto de reforma tributária. Organização: Eurípedes Balsanufo Carvalho. En: Aiex-Alves LC (ed). São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Câmara de Políticas da Saúde, 2010:95-104.
24. Hernandes ESC. Idosos com e sem plano de saúde no município de São Paulo: estudo longitudinal, 2000-2006 São Paulo: s.n, 2011.
25. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). The OECD Health Project: Private Health Insurance in OECD Countries. Paris: OECD Publishing, 2004.
26. Maarse JA, Hans M. The Privatisation of European Health Care: A Comparative Analysis in Eight Countries. Maarssen, Netherlands: Elsevier Gezondeheidszorg, 2004.
27. Poullier JP. Privatisation in Health Care Financing in Forty European Political Entities. Maarse 2004: 199-226.
28. Maarse JA, Hans M. The Privatization of Health Care in Europe: An Eight- Country Analysis. J Health Polit Policy Law 2004 2006;31:98-1014.
29. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD Yearbook 2012: Better Policies for Better Lives. Paris: OECD Publishing, 2012.
30. Dreschsler D, Jüttig J. Different Countries, Different Needs: The Role of Private Health Insurance in Developing Countries. J Health Polit Policy Law 2007;32(3): 2007:497-534.
31. Organización mundial de la Salud (OMS). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012; 2012. [consultado: 8 de octubre de 2012]. Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf
32. União de Nações Sul-Americanas (UNASUL). Ministério das Relações Exteriores – Mre. Tratado Constitutivo da UNASUL. Brasilia, DF [consultado 18 de octubre de 2012]. Disponible en: <http://www.itamaraty.gov.br/temas/america-do-sul-e-integracao-regional/unasul> http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude/css_2007_2009/default.shtml
33. Blumenthal D, Dixon J. Health-care reforms in the USA and England: areas for useful learning. Lancet 2012;380(9850):1352-1357 [consultado 15 de octubre de 2012]. Disponible en: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2812%2960956-8/fulltext>
34. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Paris: UNESCO, 2005. [Consultado el 8 de octubre de 2012]. Disponible en: <http://www.bioetica.catedraunesco.unb.br>