



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



ARTÍCULO ESPECIAL

Reflexiones sobre los sistemas sanitarios del Municipio de São Paulo y de Cataluña. Programa Salud y Familia São Paulo. Elementos clave comunes de ambos sistemas sanitarios (segunda parte)

Reflections on the Health Systems of São Paulo and Catalonia. Common Key Elements of Both Health Systems (Second Part)

J. Castillejo^a, R. Vicente^b, M. Dolz^c, M. Prats^{d,*} y E. Ramos^e

^aPresidente del Grupo Gesaworld SA

^bDirectora General del Grupo Gesaworld SA

^cDirectora Técnica del Grupo Gesaworld SA

^dDirección Asistencial Prestación Asistencia Médica Empleados Municipales PAMEM, Barcelona, España

^eDirección Atención Primaria, Corporación Sanitaria Parc Taulí, CSPT, Sabadell, Barcelona, España

Recibido el 28 de febrero de 2008; aceptado el 2 de abril de 2008

Introducción

Recordábamos, en la primera parte de este trabajo¹, que el Sistema Único de Salud de Brasil (SUS) definía la salud como un derecho de todas las personas y un deber para el Estado, y que se concretaba en el acceso universal a la salud, la integralidad en la asistencia, la equidad, la participación de la comunidad en la salud y el principio de subsidiariedad². Definíamos también que el Programa Salud y Familia (PSF) era una estrategia enmarcada en el SUS y descentralizada en el ámbito municipal y que contenía, entre sus líneas estratégicas, la eliminación de la hanseniasis, el control de la tuberculosis, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, la eliminación de la desnutrición infantil, el control de la salud del niño, la mujer y el anciano, la salud bucal y la promoción de la salud. Situaba como consecuencia la atención primaria de salud, con especial acento en el acceso universal y la equidad³, y organizaba su estructura profesional en equipos multidisciplinarios⁴ que actuaban con

un modelo de prestación diversificada, preferentemente dependientes de la estructura municipal. Recordábamos también que la implantación del PSF, iniciada en 1994, había alcanzado una cobertura cercana al 41% de la población brasileña, con implantación en más del 86% de los municipios. En el presente artículo intentaremos describir el Programa Salud y Familia en el Municipio de São Paulo, y reflejar las ventajas, similitudes y los retos de los modelos sanitarios, de São Paulo y Cataluña, cercanos en cuanto a conceptos y enfoque en atención primaria, a pesar de ser distantes en cuanto a geografía y momento histórico de su desarrollo.

Programa Salud y Familia en São Paulo

En 1996 empezó a desarrollarse el PSF en São Paulo, concretamente en el distrito de Itaquera, y desde entonces ha aumentado su cobertura en toda la extensión de la ciudad, con equipos formados por médico, enfermera, auxiliar de enfermería y entre 4 y 6 agentes comunitarios de salud, responsables de 800 a 1.000 familias; que coordina

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mprats@pamem.org (M. Prats).

y actúa en una microárea, con 150 a 200 familias⁵ (tablas 1 y 2).

Desde el inicio del SUS y de la puesta en marcha el PSF se desarrollaron programas de formación continuada y mejora de capacitación dirigidos a profesionales de PSF (médicos, enfermeros, odontólogos, psicólogos, asistentes sociales, auxiliares de enfermería y agentes comunitarios de salud)⁶.

En 2001, con 31 equipos y una cobertura poblacional del PSF del 10,1% de la población, los indicadores de salud de atención primaria del estado de São Paulo presentan unos resultados en salud con una prevalencia en desnutrición del 3,1% en menores de 2 años, una tasa de mortalidad infantil por diarrea de 1,8/1.000 nacidos vivos, una tasa de hospitalización por deshidratación de 6,1/1.000 menores de 5 años.

Los mismos indicadores en el año 2006, con 515 equipos en funcionamiento, presentaron una clara mejoría en resultados de salud, con una prevalencia de desnutrición del 1% en menores de 2 años, una tasa de mortalidad infantil por diarrea de 0,9/1.000 nacidos vivos y una tasa de hospitalización por deshidratación de 3,4/1.000 menores de 5 años (tabla 3).

A partir de 2006, y ante el crecimiento continuo de la cobertura de los servicios básicos de salud a partir de la estrategia PSF, se vio la necesidad de evaluar, desde el Ministerio de Salud, el propio modelo, tanto desde un punto de vista individual como familiar y comunitario, con el proyecto de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), que aborda la evaluación de la estrategia salud y familia desde 5 puntos de vista:

- Desarrollo del PSF, implantación e integración de redes de servicios.
- Coordinación técnica de los equipos y formación continuada.
- Unidades de salud y familia en cuanto a infraestructuras, consumos y laboratorio.
- Consolidación del modelo de atención en cuanto a promoción de la salud, participación comunitaria y vigilancia en salud.
- Atención en salud orientada a la salud de los niños, adolescentes, mujeres y varones, personas mayores, enfermedades transmisibles y análisis de enfermedades crónicas de alta prevalencia⁷.

Desafíos en el aspecto sanitario para el Municipio de São Paulo

A pesar de las importantes mejoras en salud tras la evolución del proceso de reforma introducido con el SUS con la progresiva implantación del PSF y de sus líneas prioritarias, y con la adecuación de recursos sanitarios para alcanzar dichos objetivos, municipios como São Paulo, con 10,5 millones de habitantes, presentan actualmente nuevos retos, distintas necesidades de salud, más allá de las descritas en el PSF, debido a las características y diferencias sociales de su misma población.

Algunos datos a destacar son, por ejemplo, la existencia de unas 400.000 familias, (1,6 a 2 millones de personas), que habitan en aglomeraciones improvisadas y carentes de servicios básicos en la ciudad, con un aumento del 38% de «favelados» respecto a 2004, debido al aumento vegetativo de la población y no a un aumento de la pobreza, como precisa el artículo financiado por el Banco Mundial⁸.

Los mayores índices de violencia de Brasil se ubican en las grandes metrópolis como São Paulo, como causa de muerte han incrementado su tasa de 14,1 muertes por agresión por cada 100.000 habitantes en 1980 hasta 27,2/100.000 en 2004⁹. También, con distintos patrones dentro de la misma ciudad, se presenta el aumento de mortalidad por causas externas; así hay más homicidios en la zona de M'Boi Mirim que en otras zonas de São Paulo, como O Jardim Angela, en el extremo sud de la capital paulista, que llega a alcanzar una tasa anual de 116,23/100.000 habitantes¹⁰ frente a la general que supuso ese mismo año, 200/100.000 habitantes en la población masculina de entre 15 y 25 años, de acuerdo con el mapa de exclusión social¹¹.

La contaminación atmosférica, como un problema muy importante en los grandes centros urbanos, sobre todo en la

Tabla 1 Red básica del Municipio de São Paulo

Información general (2006)	Total del municipio
Población estimada	10.789.058
Hospitales	15
Pronto socorro	12
Centros de atención primaria	45
Laboratorios	4
Ambulatorios de especialidades	23
AMA	30
UBS	403
Equipos en PSF	934
Equipos en PACS	62
Cobertura	3.222.300 (29,99%)

Datos de Secretaria Saúde São Paulo.

Tabla 2 Equipos disponibles

Equipos	Diciembre, 2001	Diciembre, 2002	Diciembre, 2003	Diciembre, 2004	Diciembre, 2005	Diciembre, 2006
Equipos PSF	36	515	645	722	850	934
Equipos PACS	34	175	128	92	62	62
Total equipos	70	690	773	814	912	996

Datos de Secretaria Saúde São Paulo.

1
3
5
7
9
11
13
15
17
19
21
23
25
27
29
31
33
35
37
39
41
43
45
47
49
51
53
55
57
59
61**Tabla 3** Indicadores de salud São Paulo. Unidad de Federación São Paulo. DATASUS

Año	Modelo de atención	Cobertura poblacional	Cobertura poblacional del programa (%)	Cobertura vacunal (%)	Lactancia materna (%)	Cobertura de consulta prenatal	Tasa de mortalidad infantil por diarrea	Prevalencia de desnutrición	Tasa de hospitalización por neumonía	Tasa de hospitalización por deshidratación
2001	PACS	1.714.416	4,6	94	69,4	89,9	3,5	3,1	16,7	6,7
	PSF	3.802.356	10,1	94,8	68	91,7	1,1	3,1	17	5,7
	Otros	19.889	0,1	97,7	73,8	95,5	1,6	0,7	37,9	20,7
	Total	5.536.661	14,7	94,6	68,5	91,3	1,8	3,1	17	6,1
2002	PACS	2.321.070	6,1	94,4	71,2	92,5	1,8	3,1	11,2	4,3
	PSF	5.320.494	13,9	96,1	71,1	91,1	1,2	2,8	15,4	4,6
	Otros	21.853	0,1	90,1	70,2	91	-	2,5	14,5	15
	Total	7.663.417	20,1	95,7	71,1	91,4	1,3	2,8	14,2	4,6
2003	PACS	2.698.439	7	95,6	70,4	93,2	2,2	2,3	12,2	4,8
	PSF	6.536.008	16,9	96,9	73	94,9	1,8	2,3	16,3	4,4
	Otros	13.100	0	85,4	70,4	98,2	-	1,5	61,8	9
	Total	9.247.547	23,9	96,5	72,4	94,6	1,9	2,3	15,3	4,5
2004	PACS	2.760.277	7	96,5	73,3	93,5	3,6	1,5	13	3,9
	PSF	7.540.564	19,2	97,1	74,9	95,3	1,8	1,6	15,5	3,6
	Otros	25.816	0,1	93,1	71,8	93,5	-	1	15,9	2,3
	Total	10.326.657	26,3	96,9	74,5	94,9	2,2	1,5	14,9	3,6
2005	PACS	2.727.174	6,7	96,4	75,7	94,5	5,6	1,2	11,5	3,7
	PSF	8.532.483	21,1	96,7	76,2	94,3	1,1	1,2	13	3,4
	Otros	37.168	0,1	97,2	69,6	94,2	-	2,9	0,9	-
	Total	11.296.825	27,9	96,7	76,1	94,3	1,9	1,2	12,6	3,4
2006	PACS	2.664.211	6,5	96,9	75,1	94,8	1,6	0,9	12,4	4,3
	PSF	9.984.098	24,3	97,2	75,6	95,5	0,8	1	13,7	3,2
	Otros	42.550	0,1	95	69,5	91,1	-	2,1	11,7	3,6
	Total	12.690.859	30,9	97,1	75,5	95,4	0,9	1	13,5	3,4

Fuente: SIAB.

63
65
67
69
71
73
75
77
79
81
83
85
87
89
91
93
95
97
99
101
103
105
107
109
111
113
115
117
119
121
123

región metropolitana de São Paulo, donde la concentración anual de partículas es mayor que la de otras ciudades del mundo, como Seúl, Los Angeles, Buenos Aires, Nueva York, Tokio o Londres¹². Durante todos los meses del año se observan en esa región concentraciones de contaminantes por encima de los límites considerados tolerables, sobre todo de partículas y monóxido de carbono emitido por automóviles fundamentalmente¹³; destaca también la alta prevalencia de afecciones respiratorias en algunas zonas cercanas a industrias como en la microrregión de Guaianases o Citadentes, que se traducen en principales motivos de consulta de esta zona, y es la tercera causa de mortalidad en el período 2007 en esta región, después de las dolencias del aparato circulatorio y las neoplasias¹⁴.

El abordaje del consumo de drogas entre niños que viven en la calle —sin considerar el alcohol y el tabaco— que alcanzó el 82,5% en São Paulo¹⁵, frente al aún incipiente abordaje de los problemas de salud mental. Los datos de mortalidad, por ejemplo de la región Leste, sitúan las enfermedades del aparato circulatorio, neoplasias, dolencias del aparato respiratorio, muertes por causas externas y afecciones del aparato digestivo entre las primeras cinco causas de mortalidad, que difieren sustancialmente de las descritas en el PSF.

La aplicación del modelo de forma lineal y homogénea en todos los barrios de la ciudad, en cuanto a estructura, en la actualidad presenta un patrón homogéneo de contratación de personal sanitario que invita a pensar nuevas propuestas que aseguren la presencia de profesionales sanitarios en las zonas más marginales de la ciudad.

En este sentido, la experiencia y los retos que desde el actual modelo sanitario de Cataluña se plantean pueden aportar elementos afines entre las dos realidades tan diferentes, tanto la del Municipio de São Paulo como la de Cataluña.

Entre éstos, queríamos destacar, a nuestro parecer, ocho elementos clave que suponen o han supuesto un claro avance en el sistema de salud catalán, y que formarían parte de las estrategias para el desarrollo del sistema de salud de São Paulo, integrado en el sistema de salud del SUS.

Elementos clave comunes en ambos sistemas sanitarios

Descentralización

La descentralización llevada a cabo en 1981 para Cataluña, y también para Navarra, País Vasco, Andalucía y Galicia (1981-1994) y para el resto de las comunidades autónomas en España en 2004, y posterior separación de funciones de financiación, compra y evaluación, y provisión de servicios en Cataluña, ha sido un elemento clave que ha permitido el desarrollo de todos y cada uno de los sistemas de salud de todas las comunidades autónomas.

En este sentido, São Paulo está desarrollando un sistema sanitario con una clara separación de funciones entre la financiación y la prestación directa de los servicios, con base descentralizada, tal como hemos visto, con implicación y funciones definidas gubernamentales, estatales y municipales, para las competencias en materia de salud.

Reforma sanitaria

Ambos modelos coinciden en el desarrollo de la atención primaria, basados en la implantación de equipos de profesionales multidisciplinares.

En São Paulo, con el trabajo en equipo entre médicos, agentes comunitarios, enfermería y equipo de soporte que permiten dar respuesta a los problemas de salud de cada comunidad, y en Cataluña, con el desarrollo de la reforma sanitaria basado en una territorialidad en áreas básicas de salud, ubicadas en un centro de salud en donde trabajan los equipos de atención primaria multidisciplinares y equipos de soporte.

Coordinación entre servicios

En la coordinación entre servicios, Cataluña está avanzando en políticas de gobiernos territoriales para contribuir a la mejora del estado de salud de la población de su territorio y garantizar la prestación efectiva de servicios, con la participación de todos los agentes de salud de un territorio en la planificación y la evaluación de los servicios asistenciales y de salud pública¹⁶. En Cataluña se han constituido nuevos sistemas capitativos, cuya financiación abarca la cantidad de recursos económicos que se asigna a los proveedores de servicios para que una población de referencia reciba atención primaria, especializada y socio-sanitaria especificadas durante un período determinado¹⁷.

Actualmente en el Municipio de São Paulo se percibe la necesidad de encontrar distintas fórmulas de organización e incluso de flexibilización en la gestión que, preservando los principios del SUS, permitan la adaptación a cada realidad y contribuyan a la mejora de la coordinación entre los distintos recursos y niveles asistenciales.

Estado de salud de la población

El Plan de Salud en Cataluña es quizá el elemento clave más central y necesario para el conocimiento del estado de salud de la población, ordenar las principales causas de enfermedad en función de su prevalencia, definir prioridades de acciones para períodos de 3 años, y a partir del cual se definen los distintos objetivos y contratos de gestión¹⁸.

En este sentido, São Paulo está en proceso de expansión del SUS, y de las estrategias del PSF, pero precisa avanzar en el conocimiento del estado de salud de su población, que defina cuáles son los principales problemas y prioridades de salud sublocal (barrio) que presenta su población de referencia, mediante una metodología en la planificación de necesidades y servicios *down-top* y que sea un marco referencial para orientar los objetivos y metas concretos.

Proponer un conocimiento del estado de salud de la población, de acuerdo con la distribución de cinco microrregiones, podría contribuir a la aproximación de la necesidad de recursos en cada zona y armonizarlos con el conocimiento de las enfermedades más prevalentes (afecciones cardiovasculares, embarazos en edad infantil, enfermedades vectoriales, hasta homicidios y violencia o drogadicción en ámbitos más periféricos, tal como hemos comentado anteriormente). La necesidad de establecer políticas de salud adecuadas y específicas en cada zona o

barrio ampliaría el actual PSF en objetivos concretos y adecuados a las diferentes realidades de São Paulo.

Contratos de gestión

Ambos sistemas sanitarios centran su relación con los distintos proveedores de servicios a través de los contratos de gestión.

En el caso del Municipio de São Paulo se han iniciado recientemente dos experiencias de contratación de servicios de salud a través de organizaciones sociales (Cejam y de Santa Marcelina^{19,20}); entidades privadas, sin ánimo de lucro, que son acreditadas expresamente para la contratación y la prestación de servicios públicos, en este caso de salud. Mientras, en Cataluña se está en proceso de adecuar los recursos a las necesidades reales de la actual población con cambios importantes en los últimos años (incrementada por población inmigrante, personas mayores de 65 años, aumento de natalidad)²¹.

En Cataluña, el desarrollo de organizaciones sanitarias públicas con elementos de gestión empresarial y la modernización del Institut Català de la Salut como empresa pública en el año 2007 facilitarán la plena impregnación del contrato de gestión y aportarán mayor equidad entre las diferentes organizaciones²².

Sistemas de información

Los sistemas de información en São Paulo requieren de un esfuerzo para poder acceder a información desde unidades básicas de salud, hasta puntos de pronto socorro, AMA y hospitales, servicios especialistas, equipos de soporte; así la población estaría cubierta por programas específicos, que deben coordinarse a partir de la integración en programas asistenciales y de gestión integrados en DataSUS que están en pleno proceso de desarrollo en São Paulo.

En este sentido, la experiencia de Cataluña aporta desde las mejoras en registro central de asignados hasta la historia clínica compartida, receta electrónica²³, historia clínica única²⁴ en organizaciones sanitarias y evaluación y comparación de *benchmarking*, como el iniciado en Barcelona (2002) con 66 equipos de atención primaria y ampliado a más de 200 equipos en 2007, como instrumentos de relación y coordinación entre organizaciones sanitarias públicas²⁵.

Profesionales de salud

Otro elemento clave son las políticas de fidelización dirigidas a profesionales de salud, que en ambos modelos es difícil de mantener debido a las condiciones laborales y sociales de los respectivos sistemas de salud. Cataluña carece de profesionales suficientes para mantener su actual sistema de salud, y debe exportar profesionales de otros países extranjeros²⁶, mientras que en São Paulo las dificultades en disponer de profesionales en zonas periféricas y con graves dificultades sociales conducen a estrategias más centradas en incrementar las retribuciones que en mejorar la formación del profesional²⁷. A pesar de que São Paulo y Cataluña disponen de planes de formación que progresivamente se orientan a aumentar la competencia entre los profesionales, ambos modelos sanitarios deben

definir nuevas estrategias para impulsar y garantizar mayor competencia de los profesionales y estabilidad en el sistema, ya que éstos son la base sobre la que se sustenta cualquier sistema sanitario.

Evaluación de los servicios sanitarios

La separación de funciones en Cataluña entre el Departamento de Salud, cuya función es la planificación, la financiación y la evaluación, el Servicio Catalán de Salud, con la compra de servicios, y los proveedores públicos, en su provisión, ha permitido que la evaluación de servicios sanitarios sea un elemento clave de su sistema sanitario²⁸.

La organización en los servicios sanitarios de São Paulo, los profesionales y sus agendas de trabajo está orientadas a dar respuesta a la estrategia PSF, diseñada por el gobierno, en problemas de salud concretos (hipertensión arterial, diabetes mellitus, tuberculosis, hanseniasis, atención al niño y a la mujer), pero con resultados basados más en indicadores de actividad y producción del propio programa PSF y de sus profesionales²⁹ que en la medición de sus resultados e impactos.

Cabe destacar que las necesidades en salud de las distintas zonas del municipio precisan una respuesta específica a sus dolencias, tanto agudas como crónicas, muchas veces coincidentes con la estrategia PSF y el desarrollo UBS como elementos clave de la reforma; pero otras, con el consecuente aumento del número de AMA en la ciudad, o el desarrollo de los pronto socorro en el ámbito hospitalario.

El municipio carece de una respuesta estructurada para hacer frente a las situaciones de dependencia y necesidades mixtas, sociales y de salud, que permita una efectiva sinergia de las redes sociales y de salud.

Pero a pesar de que el PSF influye positivamente en las condiciones de salud de los municipios afectados y de que haya estudios realizados por organismos internacionales que justifiquen su generalización en el territorio brasileño, aún están pendientes evaluaciones, tanto del proceso como del impacto del PSF, necesarias para la optimización de recursos públicos³⁰.

La evaluación, junto con el conocimiento específico de las diferentes subáreas y realidades del estado de salud de la población, permitiría orientar mejor los recursos municipales a las necesidades de salud de la población y su traducción en objetivos y metas concretas en los contratos de gestión con las distintas entidades prestadoras de servicios y, como consecuencia, diseñar modelos más eficientes que busquen dar respuesta a las necesidades de su población.

Conclusiones

A pesar de que ambas realidades son diferentes, tanto en Cataluña como en São Paulo, y de que ambas están en momentos distintos en cuanto a su desarrollo, nos atrevemos a apuntar algunos retos comunes y complementarios de ambos sistemas sanitarios que consideramos más destacables:

- 1 – El conocimiento cada vez más concreto de las necesi- 6
- 3 dades de salud por barrios y subáreas de población que 65
- 5 permita orientar y afinar los recursos disponibles y 67
- 7 planificar recursos futuros. 69
- 9 – La utilización del contrato de gestión como instrumento 71
- 11 que permita adaptar las necesidades a cada realidad y 73
- 13 formular metas específicas. 75
- 15 – La necesidad de flexibilizar los mecanismos de dotación 77
- 17 de recursos humanos para asegurar la estabilidad tanto 79
- 19 presente como futura. 81
- 21 – El apoyo y fortalecimiento de la planificación de ámbito 83
- 23 local y sublocal como instrumento para reducir las 85
- 25 desigualdades, junto con la previsión de sólidas y eficaces 87
- 27 estrategias articuladas entre el sector social y la salud. 89
- 29 – La obligada utilización de nuevas tecnologías que 91
- 31 permitan un grado de coordinación, planificación y 93
- 33 eficiencia excelentes. 95
- 35 – La implicación de los equipos multidisciplina- 97
- 37 rios, de su desarrollo como profesionales, su reconocimiento 99
- 39 tanto profesional como social, su formación continuada y la 101
- 41 adaptación de sus derechos y deberes a las condiciones 103
- 43 de vida y necesidades del entorno, en un momento donde 105
- 45 ambos sistemas sanitarios deben definir nuevas fórmulas 107
- 47 imaginativas para el desarrollo profesional. 109
- 49 – La necesidad de aunar en la sostenibilidad financiera y, 111
- 51 también, técnica para conseguir, junto al desarrollo 113
- 53 profesional, un nivel de excelencia de los profesionales 115
- 55 y de su grado de competencia. 117
- 57 – La consecuente profundización en los mecanismos de 119
- 59 participación, tanto de plataformas de ciudadanos como 121
- 61 de profesionales, para definir nuevas necesidades y poder 123
- evaluar futuros resultados.

Desde el momento de la redacción (enero de 2008) hasta la presentación de los presentes artículos (marzo de 2008), el Municipio de São Paulo ha incrementado sus contratos de gestión a cinco nuevas entidades que, junto con las OSS de Cejam y Sta. Marcelina citados, asciende a siete el total de los contratos de gestión que alcanzan una cobertura poblacional a cerca de cuatro millones de habitantes³¹.

Agradecimientos

Dra. Edjane Torreão, Coordinadora de Atención Básica da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo; Dr. José Maria da Costa Orlando, Coordinador do Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – NTCSS-SMS/SP.

Bibliografía

1. Prats Vilallonga M, Ramos E, Castillejo J, Dolz M. Reflexiones sobre los sistemas sanitarios del municipio de São Paulo y de Cataluña. Descripción del modelo sanitario de Brasil y São Paulo (primera parte). *Aten Primaria* 2008;40(12).
2. Ministerio de Saude. Secretaria Executiva. Programa de Saude da familia. Ley 8080/90. Brasilia; 2001.
3. Manual de Atención Básica. Portaria GM/MS n. 3925. Noviembre, 1998.
4. Galperin J. El antiguo médico clínico. Los cuidados de la salud y la posición estratégica del médico de familia. *Revista de Prevención Salud y Sociedad*. 1988, n.º 1.

5. Capistrano Filho D. O programa de saúde da família em São Paulo. *Estudos Avançados* 1999;13(35). 63
6. Monteiro CA. Velhos e novos males da saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec/Nupens/USP; 1995. 65
7. AMQ Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família. Documento técnico. Brasilia-DF: Ministerio de Saude; 2006. 67
8. Estudio de cooperación con la organización internacional Alianza para las Ciudades, financiada por el Banco Mundial. 69
9. Barata RB, Ribeiro MCSA. Relação entre homicídios e indicadores econômicos em São Paulo, Brasil, 1996. *Rev Panam Salud Publica* 2000;7:118–24. 71
10. Núcleo de Pesquisas em seguridad social de PUC de Sao Paulo e programa de pesquisas em geoprocessamento do instituto nacional de pesquisas espaciais (INPE). 73
11. Organización de Estados Iberoamericanos (OEI). Informe elaborado junto con el Ministerio de Salud de Brasil. 75
12. Organização Mundial de Saúde. Guia de qualidade do ar: atualização mundial, 2005. Relatório da reunião do Grupo de Trabalho. Alemania, 2005. 77
13. Panamerican Health Organization. Regional Office of the World Health Organization. Disponible en: www.paho.org/brasil. 79
14. Pro-aim/sms-sp. Mortalidade no Município de Sao Paulo. Regiao leste, periodo 2007, atualizado 13-9-2007. 81
15. Panamerican Health Organization. Regional Office of the World Health Organization. Disponible en: www.paho.org/brasil. 83
16. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. n.4594-16.3.2006. Decreto 38/2006 de 14 marzo. 85
17. Fulls econòmics del sistema sanitari. N.35 pág. 8-16. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. 87
18. Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Document Marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya; 1991. 89
19. Da Costa Orlando JM. Seminario Internacional Estratégias para o Fortalecimento e Melhoria da Rede Básica Inovações no Gerenciamento de Unidades da Atenção Básica de Saúde. São Paulo, Brasil; 10–11 de diciembre de 2007. 91
20. Organizações Sociais qualificadas na forma de Lei municipal n.14132; 24-1-2006. 93
21. Prats M, Ramos E. Seminario Internacional Estratégias para o Fortalecimento e Melhoria da Rede Básica Inovações no Gerenciamento de Unidades da Atenção Básica de Saúde. São Paulo, Brasil; 10–11 de diciembre de 2007. 95
22. Llei de l'ICS. DOGC del 3 d'agost de 2007. 97
23. DOGC n.4534; 26-7-2007. 99
24. Ley 21/2000 de Cataluña aprobada por el Parlamento Catalán, 21 diciembre 2000. 101
25. Plaza A, Ruano I, Zara C, Guarga A. La Salut a Barcelona 2005 Monogràfics. El projecte de Benchmarking: una estratègia de millora de la qualitat en l'atenció primària. 103
26. Bruguera M, et al. La necessitat de metges en el sistema sanitari català. Causes i solucions, comissió d'ordenació de la professió mèdica. Colegi Oficial Metges Barcelona. 105
27. Lendinuth Manzini R. Lo que la atención primaria en España puede enseñar en Brasil. *Aten Primaria* 2007;39:619–20. 107
28. Ley 15/1990 de 9 de julio. Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya. 109
29. SIABREG. Prefeitura Municipal de Sao Paulo. Secretaria Municipal de Saude-cordenação Regional de Saúde. 111
30. Coelho Campino AC, Moreno Serra RA. Una propuesta técnica de evaluación económica del programa Salud y Familia de Brasil. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo. Departamento de Desarrollo Sostenible. División de Desarrollo Social; 2004. 113
31. Prefeitura Municipal de Sao Paulo. Secretaria Municipal de Saude-cordenação Regional de Saúde. 115