

sedisa

sociedad
española de
directivos
de la salud

Número 9. Junio 2008

sedisa s.XXI

■ Entrevista con
M^a Jesús Mejuto,
consejera de Sanidad y Dependencia
de la Junta de Extremadura

■ El control del activo fijo
en el sector sanitario

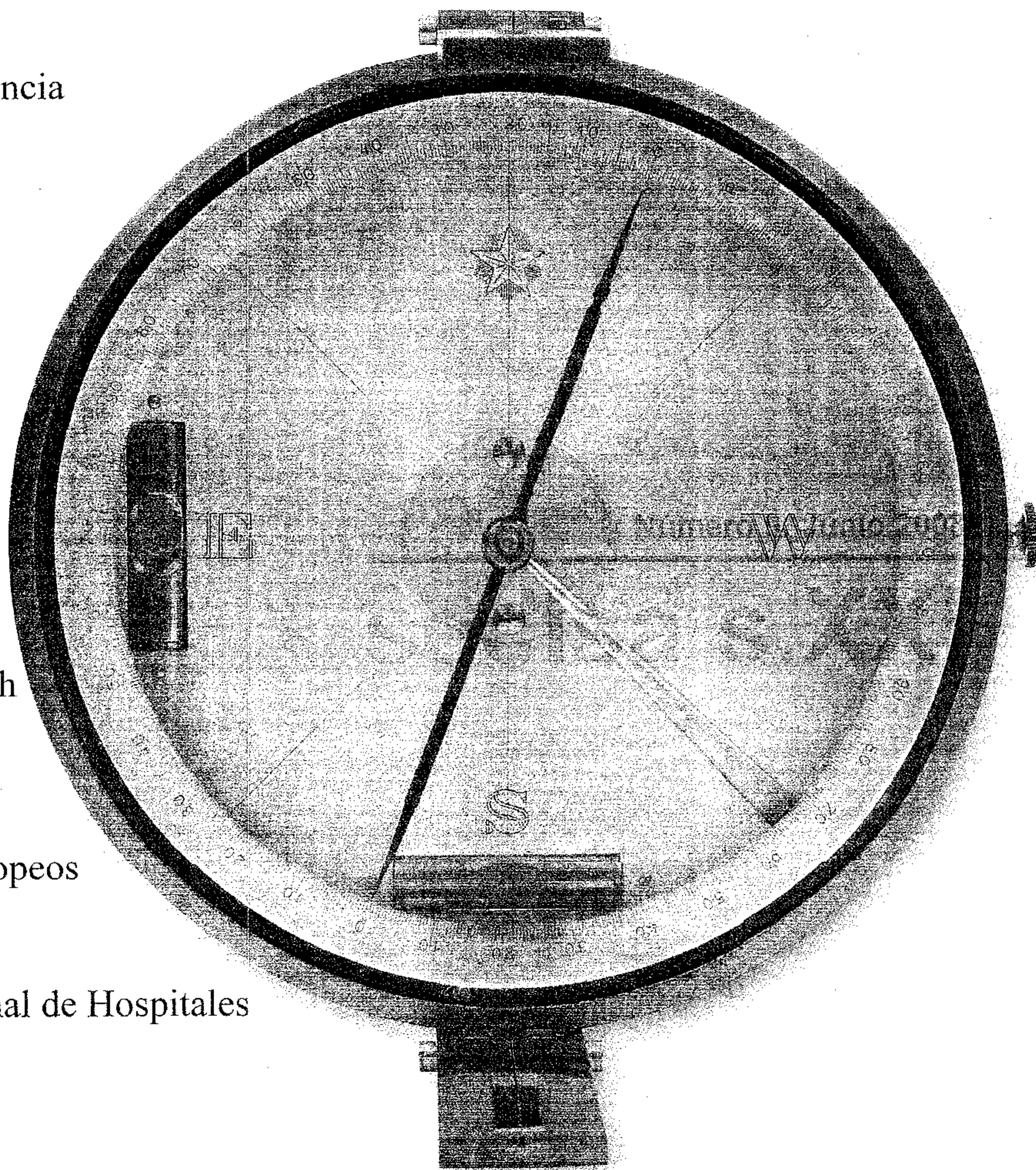
■ Equidad y sostenimiento
del Servicio Nacional de Salud

■ Salud y ciudadanía: 20 años
de sistema único de salud
en Brasil

■ Telemedicina: Proyecto Health
Optimun. Validación de un
prototipo

■ Órganos de Gobierno europeos
y actuaciones de Sedisa

■ 16 Congreso Nacional de Hospitales



Salud y ciudadanía: 20 años de sistema único de salud en Brasil

» Lenir Santos¹, Luiz Odorico Monteiro de Andrade²

» 1 Abogado, especialista en derecho sanitario por la USP, coordinadora del IDISA - Instituto de Derecho Sanitario Aplicado y ex - procuradora de la UNICAMP.

» 2 Médico, doctor en salud pública por la UNICAMP, profesor universitario y actual secretario de Salud del municipio de Fortaleza (Ceará).

Resumen

El presente trabajo traza la trayectoria de la salud pública brasileña a partir de la actual Constitución, que data de 1988, la cual reconoció la salud como derecho social e individual, creando el Sistema Único de Salud (SUS) como responsable por su garantía. Revisita, también, el camino del SUS desde la edición de la Ley nº 8.080/90 que dispone sobre su organización y funcionamiento, indicando los problemas, los avances y lo que aún necesita ser hecho para su efectiva institucionalización.

Abstract

The present work covers the Brazilian public health from the 1988 Brazilian Constitution, which acknowledged health as social and individual right and created the SUS (Sistema Único de Salud, "Unified Health System") and is regarded as responsible for its achievement and also traces back the beginning of the SUS through Article 8.080/90 which deals with its organization, structure and function, taking into account its drawbacks and advances, and also maintaining focus on the necessary actions to be taken ahead in order to consolidate its effectiveness as a health institution provider and the juridical-organizational model.

Palabras Claves: Salud Pública; Derecho a la Salud; Legislación; Sistema Único de Salud (SUS).

Índice

I - Introducción; II – Antecedentes; III – El derecho a la salud y el Sistema Único de Salud; IV – La configuración organizativa del SUS por normas operacionales del Ministerio de Salud; V – El futuro del SUS en el siglo XXI: 1. Lo que se ha hecho en estos veinte años; 2. Lo que necesita ser hecho; VI – Conclusiones.

I- Introducción

El sistema de salud brasileño, denominado Sistema Único de Salud (SUS), implantado por la Constitución de 1988 y regularizado por las Leyes nº8.080 y 8.142/90, completa dos décadas en octubre de 2008, con muchos problemas y avances.

En primer lugar, conviene recordar que la universalidad del acceso a la salud solamente aconteció en 1988, con la Constitución de la República, que determinó, en el artículo 196: "Salud es derecho de todos y deber del Estado, garantizado mediante políticas sociales y económicas que atiendan a reducir el riesgo de enfermedad y de otras quejas y al acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación".

Anteriormente a ese sistema no se reconocía la salud pública como derecho social e individual (derecho público subjetivo); solamente la salud colectiva era de acceso universal, con relación a la necesidad del Estado de proteger a la sociedad de los riesgos sociales. Las acciones de cuño curativo sólo eran garantizadas, de acuerdo con la legislación vigente en la época, a los trabajadores integrantes del régimen general de previdencia social. El Estado garantizaba beneficios providenciales de asistencia a la salud al trabajador con la finalidad de proteger la mano de obra y consecuentemente, el capital. No era la intención del Estado garantizar a todos servicios de asistencia a la salud. Lo que se buscaba era proteger la fuerza de trabajo, por eso la asistencia curativa se encuadraba entre los beneficios de la providencia social; por otro lado, el Estado debía proteger a la sociedad de los riesgos epidémicos que podrían alcanzar toda la estructura social. Así, la vigilancia sanitaria, las campañas de combate a las

enfermedades epidémicas, como fiebre amarilla, tuberculosis, lepra, viruela y otras medidas de saneamiento e higiene colectivas, eran atribuciones del Estado.

El poder público mantenía hospitales públicos, principalmente los de atendimento de urgencia y emergencia (urgencias) y algunos hospitales generales, a pesar de ser un deber del Estado y un derecho del ciudadano.

La Reforma Sanitaria brasileña, promovida por profesionales de salud, en especial médicos de la medicina preventiva y social, se inició en la década de los 70, siendo el médico sanitario Sergio Arouca uno de sus más ilustres formuladores y promotores de los cambios que se iniciaban.

Se defendía, en la ocasión, que todas las acciones y servicios de salud deberían ser unificados en sus conceptos, principios y directrices (los de los municipios y estados brasileños con los de la Unión Federal), así como los recursos que los financiaban. También se propugnaba la descentralización de esas acciones y servicios, que deberían ser ejecutados por los municipios y estados (principio de la subsidiaridad), correspondiendo a la dirección nacional (Unión Federal) el papel de mantener la unicidad conceptual y operativa del SUS –no permitiendo, así, su fragmentación-, actuar como unión y ente de cooperación técnica y financiera, además de responder por parte del financiamiento de esas acciones y servicios.

El sistema de salud anterior a la Constitución de 1988, denominado Sistema Nacional de Salud, era fragmentado en la propia esfera federal, que mantenía cinco ministerios para cuidar del tema de la salud: Ministerio de Salud, de Previdencia y Asistencia Social, del Trabajo, de Educación y del Interior.

Además de eso, el ministerio detentador de gran parte de los recursos que financiaban la salud era el de la Previdencia Social, integrante, en la época, del Sistema Nacional de Previdencia y Asistencia Social (SINPAS), compuesto por autarquías y una fundación.

El sistema de seguro social en Brasil tiene inicio formal-legislativo en 1923, con la edición de la ley

denominada *Ley Elói Chaves*, que creó el sistema de previdencia social brasileño, el cual pasó a garantizar asistencia en urgencias y hospitalaria a los trabajadores de los sistemas previsionales (eran diversos de ellos, de acuerdo a la categoría profesional del trabajador: industrial, comercial, bancaria etc., denominados de IAPs – Institutos de Jubilación y Pensiones) asistencia en urgencias y hospitalaria).

II- Antecedentes

Uno de los autores,³ Lenir Santos, trató de ese tema, en obra ya publicada, de la siguiente manera: En Brasil, en 1923, fue editado el Decreto n° 16.300 aprobando el Reglamento del Departamento Nacional de Salud Pública. En 1937, el Ministerio de Educación y Salud (Ley n° 378, de 13/01/37) fue reestructurado, creándose el Consejo Nacional de Salud. Las atribuciones del Consejo Nacional de Salud deberían ser objeto de ley específica. En 1954, mediante el Decreto n° 35.347, del 8 de abril, fue aprobado el estatuto del Consejo Nacional de Salud. Es de ese mismo año la Ley n° 2.312, del 3 de septiembre, que dispuso normas generales de defensa y protección de la salud. La regularización de la ley ocurrió en 1961, Decreto n° 49.974-A, del 21 de septiembre, con la denominación de Código Nacional de Salud.

En esa época, las actividades relativas a la salud pública, principalmente el poder de policía sanitaria, estaban bajo la responsabilidad del Estado Federal. Varios servicios públicos, como los Servicios destinados a la Investigación y los Servicios del Distrito Federal, trataban de la salud.

Las obras de caridad, las santas casas de misericordia, cuidaban de la salud curativa de cuño individual, tanto que el Estado Federal garantizaba subvención a las entidades privadas que asumían esas actividades como obra asistencial y de caridad (Ley n° 1.493, del 13.12.51).

La ampliación de la asistencia curativa surgió con los institutos de previdencia- IAPs-, que mantenían entre

sus beneficios, servicios médicos y hospitalares para trabajadores afiliados a los institutos de previdencia. Con la unificación de esos institutos en un único instituto nacional de previdencia social, con financiamiento tripartito –trabajador, patrón y Estado-, surgió, en 1975, el Sistema Nacional de Salud (Ley n° 6.229, del 17.7.1975) y en 1977 fue instituido el Sistema Nacional de Previdencia y Asistencia Social- SINPAS (Ley n° 6.439, del 1.9.77).

La salud pública continuaba siendo de responsabilidad federal, correspondiendo al Estado-Miembro mantener centros de salud y, al Municipio, responder por el servicio de urgencias local. Solamente los trabajadores que integraban el régimen general de previdencia social pública tenían acceso a los servicios curativos que mantenía el Instituto Nacional de Asistencia Médica y Previdencia Social (INAMPS).

Fueron varios los programas -en el ámbito de la Reforma Sanitaria pretendida por especialistas y defensores de una salud pública descentralizada y universalizada- que buscaron romper con ese sistema de salud centralizado, comprometiendo Estados y Municipios, debiendo destacarse las AIS -Acciones Integradas de Salud- y el SUDS –Sistema Unificado y Descentralizado de Salud-.

Esos fueron los antecedentes legislativos del sistema de salud brasileño, organizado de manera fraccionada, centrado en la dicotomía “prevención” y “recuperación” de la salud, siendo públicas las acciones y servicios dirigidos para las actividades de prevención colectiva, vinculada siempre a los riesgos sociales de epidemias, medio ambiente contaminado, actividades productivas (bienes y servicios que pudiesen ofrecer riesgos a la salud si no mantuviesen un padrón de higiene), saneamiento básico, siendo las actividades dirigidas para la recuperación de la salud una preocupación del Estado en relación a la garantía de la fuerza de trabajo que necesitaba ser mantenida para la protección del capital.

Los servicios de asistencia a la salud individual a la población no eran considerados un derecho de

³Lenir Santos, “Saúde e meio ambiente. Intersetorialidade”, *Revista de Derecho del Trabajo*, vol. 120. San Pablo: Editorial Revista de los Tribunales, 2005.

ciudadanía, sino un servicio asistencialista del Estado garantizado a las personas pobres que eran atendidas por los servicios privados filantrópicos, bajo financiación pública.

III- El derecho a la salud y el sistema único de salud

Durante la Asamblea Nacional Constituyente (1987 a 1988), instalada para votar la nueva Constitución brasileña, después de veinte años de régimen totalitario, fue creado en 1987, mediante decreto del Poder Ejecutivo Federal, el Programa de los Sistemas Unificados y Descentralizados de Salud (SUDS), el cual, mediante convenio de cooperación entre la Unión y los estados y con la adhesión de los municipios, inició un proceso de unificación y descentralización de las acciones y servicios de salud, con financiamiento trilateral y apertura de los hospitales y centros de emergencia del INAMPS a la población en general. (Santos/1994) (4).

La creación del Programa SUDS se tornó viable, a la época, porque actores de la Reforma Sanitaria brasileña ocupaban cargos en el Poder Ejecutivo Federal o un asiento en el Congreso Nacional. El SUDS fue un programa exitoso, principalmente en el estado de San Pablo. Ese suceso fue fundamental para que se garantizase, en el nuevo texto constitucional, el derecho a la salud.

Con la Constitución de 1988, el derecho a la salud fue elevado a la categoría de derecho público subjetivo, en el reconocimiento de que el sujeto es detenedor del derecho y el Estado es su debedor, además, es obvio, de la responsabilidad del sujeto, que también debe cuidar de la propia salud y contribuir para la salud colectiva (5). Hoy, es de competencia del Estado garantizar la salud del ciudadano y de la colectividad.

Un nuevo sistema de salud pública nacional fue creado, el Sistema Único de Salud, con responsabilidades públicas, y la definición de salud no es más que un fenómeno puramente biológico, pero

sí como resultado de condiciones socioeconómicas y ambientales. La enfermedad es considerada, de acuerdo a Giovanni Berlinger (6), también una señal estadísticamente relevante y precozmente calculable de alteraciones del equilibrio hombre-ambiente –inducidas por transformaciones productivas, territoriales, demográficas y culturales, con consecuencias incontrolables-, además de sufrimiento individual y desvío de la normalidad biológica o social.

Delante del concepto otorgado por la Constitución de 1988 de que “salud es derecho de todos y deber del Estado, garantizado mediante políticas sociales y económicas que atiendan a la reducción del riesgo de enfermedad y de otras quejas y al acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación” (art.196), se abandonó un sistema que consideraba la salud pública deber del Estado solamente en el sentido de cohibir o evitar la propagación de enfermedades que colocaban en riesgo la salud de la colectividad (prevención de la transmisión de la malaria, de la lepra, de la tuberculosis y cuidados que correspondían a la policía sanitaria), y se asumió que el deber del Estado de garantizar la salud consiste en la formulación y ejecución de políticas económicas y sociales, además de la prestación de servicios públicos de recuperación y prevención.

La visión epidemiológica de la cuestión salud/enfermedad, que privilegia el estudio de factores sociales, ambientales, económicos y educacionales que pueden generar enfermedad, pasó a integrar el derecho a la salud.

Ese nuevo concepto de salud tiene en cuenta sus determinantes y condicionantes, como alimentación, vivienda, saneamiento, medio ambiente, renta, trabajo, educación y transporte, e impone a los órganos que integran el Sistema Único de Salud el deber de identificar esos factores y formular una política de salud destinada a promover, en los campos económico y social, política de acuerdo con la elevación de las condiciones de vida de la población.

⁴ Lenir Santos “Distribuição de Competência no Sistema Único de Saúde: O papel das três esferas de governo no SUS”. Organización PanAmericana de la Salud- Representación de Brasil. Brasilia-1994.

Así, el derecho a la salud, de acuerdo con la definición del artículo 196 de la CF, presupone: a) el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de salud, para su promoción, protección y recuperación; b) la adopción de políticas sociales y económicas que atiendan a la reducción de riesgo de enfermedades y otras quejas. Hoy la salud, en Brasil, es considerada un derecho fundamental del ser humano. Y, como derecho fundamental y unión entre el derecho a la vida, el derecho a la salud debe ser garantizado por el Estado, en todos sus matices.

Después de consagrado el derecho a la salud en la Constitución, los mismos autores de la Reforma Sanitaria, en conjunto con los secretarios de Salud y otros especialistas del área, pasaron a exigir que el Poder Ejecutivo Federal encaminase al Congreso Nacional proyecto de Ley para regularizar el SUS, de acuerdo previsto en el artículo 198 de la CF.

Por iniciativa de un grupo de especialistas de la Reforma Sanitaria, entre ellos el médico Eleutério Rodriguez Neto, el Núcleo de Estudios en Salud Colectiva (NESC) de la Universidad de Brasilia empezó a discutir el primer proyecto de ley de la salud, habiendo sido integrados en ese grupo, por primera vez, juristas, hasta entonces no incorporados al debate. Ese proyecto fue encaminado al Ministerio de Salud y, después de muchas negociaciones, fue enviado por el Gobierno Federal al Congreso Nacional.

Con la edición de la Ley nº. 8.080/90,7, conocida en Brasil como Ley Orgánica de la Salud (LOS), se inició una etapa de negociación entre los municipios y los estados federados, atendiendo a la implantación del SUS.

Empezó, a partir de ahí, la era de las normativizaciones infralegales federales, de autoría del Ministerio de Salud, denominadas normas operacionales básicas (9) (NOBs) y normas operacionales de asistencia a la salud (NOAS). En el año 2006, en sustitución de esas

normas, fue editado el Decreto del Ministerio de Salud nº 399, con el Pacto por la Salud 2006, documento de consenso entre el ministerio y las secretarías de Salud de los estados y municipios brasileños.

IV- La configuración organizativa del SUS por normas operacionales del Ministerio de Salud

Los autores trataron de ese tema en la obra SUS: el espacio de la gestión innovada y de los consensos interfederativos (10).

Primeramente, corresponde esclarecer lo que viene a ser una Norma Operacional Básica. Las normas operacionales eran reglas de organización y financiamiento del SUS dictadas por el Ministerio de Salud, mediante decretos con anexos que detallaban los procedimientos a ser observados por los estados y municipios interesados en las transferencias financieras federales. Las NOBs siempre se hacían acompañar por un conjunto de otros decretos

La primera NOB fue aprobada por la Resolución 258/91, del entonces presidente del INAMPS. Su objetivo era disponer sobre la nueva política de financiamiento del Sistema Único de Salud para el año 1991. Se pretendía, por lo visto, editar a cada año una Norma Operacional Básica para regularizar las transferencias de recursos de la Unión para los estados y municipios.

Sucesivas normas operacionales indujeron la organización del SUS. A cada edición de decretos ministeriales- NOB- SUS 01/91, NOB-SUS 01/92, NOB-SUS 01/93, NOB-SUS 1996, NOAS-SUS 2001, NOAS-SUS 2002-, los estados y municipios deberían arreglárselas para organizar el sistema local y regional en los términos allí definidos, aunque estos términos contrariasen aspectos de las leyes nacionales reguladoras del sistema y las normas editadas (por medio de decretos) inhibiesen fuertemente la libertad de

⁵ Artículo 2º, & 2º, de la Ley nº8.080/90: "El deber del Estado no incluye el de las personas, de la familia, de las empresas y de la sociedad". El derecho a la salud obliga a todos, indistintamente, por comprometer cuestiones de cuño colectivo y derechos difusos. Nadie tiene el derecho de perjudicar la salud de otros.

⁶ Giovanni Berlinger, *Medicina e política*, 3ª ed. San Pablo: Hucitec, 1989.

los estados y municipios para disponer sobre sus planes de salud, de acuerdo con su realidad local y regional, respetadas las directrices y los principios del SUS y los consensos regionales y estatal.

Fue en el ámbito de una norma operacional, la NOB 01/93, que se creó una comisión de gestores de la salud, con la finalidad de decidir, de forma conjunta y consensual, cómo debería organizarse el SUS administrativa y técnicamente:

La NOB del año 1993 ya antevía que, sin un fórum interfederativo de decisión consensual sobre cuestiones complejas del SUS, no sería viable implementar en el país un sistema único y descentralizado, que conjugase servicios de todos los entes federados, posibilitando, así, el atendimento integral a la salud individual y colectiva; enfatizaba, también, que el financiamiento fuese compartido entre todos los entes federativos y que la regionalización de las acciones y servicios de salud fuese una realidad. Solamente una acción pactada sería capaz de mantener ese sistema: "No será posible alcanzar los objetivos constitucionales sin un previo entendimiento entre los gestores de las tres esferas de gobierno", defendía la NOB 01/93.

Las normas operacionales consiguieron, a lo largo del tiempo, descentralizar las acciones y servicios de salud, aunque los ajustasen de acuerdo con la financiación federal.

La NOAS 01/2002 tuvo por finalidad ampliar las responsabilidades de los municipios en la atención básica y crear mecanismos para el proceso de regionalización que tuviese como estrategia la jerarquización de los servicios de salud, atendiendo a la equidad. Se buscó, también, crear mecanismos para el fortalecimiento de la capacidad de gestión del SUS.

Sin embargo, ese modelo de regularización causó serios problemas a los municipios y a la descentralización, una vez que exigía el cumplimiento de reglamentos que raramente eran compatibles con su realidad local. Con el agotamiento de todas esas regularizaciones que organizaban el SUS a la luz de la financiación federal, fuertemente disciplinado por el Ministerio de Salud, se pasó a discutir, de forma conjunta (Unión, estados y municipios), un nuevo documento, el Pacto por la Salud 2006.

El Pacto por la Salud tiene por objetivo establecer nuevo nivel en relación a la forma de financiamiento, a la definición de responsabilidades, a las metas sanitarias y a los compromisos entre los gestores de la salud, consustancializados en términos de metas y plan operacional.

A partir de 2006, el Pacto por la Salud viene a ser el nuevo instrumento para la gestión compartida del SUS, y algunas de las reivindicaciones de los gestores de estados y municipios, con el reconocimiento de su autonomía, fueron consideradas, dejando, así, de existir las "habilitaciones" que, teóricamente, denotaban la "permisión" del Ministerio de Salud para que el municipio o el estado fueran reconocidos como gestores de la salud en sus territorios. En sustitución de la "habilitación", fue instituido el término de compromiso, instrumento que irá a formalizar los acuerdos y los pactos entre los gestores de la salud.

Con el Pacto por la Salud 2006, que debe ser revisado anualmente, los gestores asumen el compromiso público de enfatizar las prioridades inseridas en sus tres componentes, denominados Pacto por la Vida, Pacto en Defensa del SUS y Pacto de Gestión del SUS.

¿Por qué tantas dificultades, idas y vueltas para la implantación del SUS en Brasil? Dejando de lado la

⁷ La Ley nº 8.080/90 recibió varios vetos presidenciales, y fueron necesarias negociaciones entre parlamentarios, gobierno y secretarios de Salud estatales y municipales para garantizar que la participación de la comunidad en el SUS (prevista en el texto constitucional) fuera recuperada, tanto como a las transferencias de recursos de la Unión para los estados y municipios. Eso fue acordado, habiendo sido editada la Ley nº 8.1422/90, en el mismo año. El 27 de diciembre.

⁸ Lenir Santos y Luiz Odorico Monteiro de Andrade, *SUS: el espacio de la gestión innovada y de los consensos interfederativos*. Campinas: CONASEMS, IDISA, 2007.

grave e importante cuestión de financiación y pasando a ver el SUS como un sistema nacional de ejecución descentralizada, que se organiza como una unión recíproca, interdependiente –una vez que todos los entes federados son solidariamente responsables por la salud individual y colectiva de la población-, se ve que no son pocas las dificultades para ejecutarlo sin quebrar los paradigmas de la administración pública.

Un sistema de salud propio de un país unitario tuvo que ser llevado a cabo en un estado federal (federalismo cooperativo), pero de fuerte característica centralizadora. Entendemos que solamente un sistema que se organice en red interfederativa, actuando por medio de consensos interfederativos, podrá garantizar el derecho a la salud y respetar la diversidad y la autonomía de los entes federados en la ejecución de esos servicios.

No hay cómo hacer funcionar un sistema unitario en sus conceptos, directrices y principios, con financiación, tripartita, sin la creación de una red nacional interfederativa de servicios de atención a la salud (compuesta por diversas redes, desde la local hasta la interestatal), generada por entes federados, mediante consensos interfederativos. Solamente una red interfederativa puede garantizar la integralidad de la atención a la salud de los ciudadanos.

V- El futuro del SUS en el siglo XXI

El SUS, hoy, está configurado por los dictámenes del Pacto por la Salud 2006, expresado en un conjunto de decretos editados por el Ministerio de Salud. Son muchas las dificultades de los estados y municipios para observar el Pacto, aunque todos vengan empleando esfuerzos para hacer funcionar el SUS de acuerdo a esas normas.

Sin embargo, entendemos que el Pacto por la Salud, aunque haya sido un documento de consenso entre los entes federados, está fuertemente marcado por el papel regulador del Ministerio de Salud, en lo que corresponde a las acciones y servicios de salud ejecutados por los municipios y estados con recursos federales (Fondo Nacional de Salud).

Para alcanzar verdaderamente madurez, el Pacto por la Salud necesita prever diversos paradigmas jurídico-administrativos, entre ellos los que están relacionados con las transferencias de recursos de la Unión para los estados y municipios.

Es necesario entender que el SUS, siendo un sistema único en sus conceptos, directrices y principios y estando obligado a garantizar la integralidad de la asistencia, al mismo tiempo que es ejecutado por entes federados, autónomos entre sí, exige que nuevos ajustes jurídico-administrativos sean creados, para enfrentar dilemas que hasta ahora no han sido resueltos, como el entendimiento jurídico (principalmente del Judicial) de que todos los entes federados son solidariamente responsables por el atendimento de la población, en todos los niveles de asistencia, ¡aunque el ente en cuestión sea un municipio de 20.000 habitantes!

Ese concepto no lleva en cuenta que el SUS es una red interfederativa de servicios de asistencia a la salud, compuesta por actividades de naturaleza y complejidad diversas, no corresponde a todos los entes federados responder igualmente por toda la gama de servicios de salud, de la vacuna al trasplante.

La responsabilidad por la ejecución de las acciones y servicios de salud, en la red interfederativa de servicios, debe ser definida en consensos interfederativos, una vez que no hay legislación que determine, en relación a la población y a las condiciones socioeconómicas, qué servicios cada ente federado debe ejecutar.

La red interfederativa de servicios de atención a la salud debe ser definida por los propios entes federados reunidos en los colegios interfederativos (de ámbito nacional, estatal y regional), los cuales deben disponer sobre sus responsabilidades, en relación al porte poblacional, socioeconómico, de organización de servicios y de epidemiología (9).

Esa es la forma de que, respetándose la autonomía de los entes federados, se reconozca que en la salud esos entes son interconectados e interdependientes en la operacionalización de una red interfederativa de servicios de asistencia a la salud.

De forma resumida, se puede afirmar que la madurez organizativa del SUS será la profundización de la regionalización y de la jerarquización (conceptos constitucionales; art. 198), que deberán desaguar en la construcción de la red interfederativa de servicios de asistencia a la salud, ejecutada por consensos interfederativos, obtenidos en los colegios interfederativos, los cuales tienen el papel de decidir en conjunto las responsabilidades de los entes federados en esa red de servicios (financiación, derechos, obligaciones y demás aspectos de la gestión del sistema de salud).

Los autores también defienden la implementación en el país, a ejemplo de lo que ocurre hoy en España, de la política de contratamiento dentro del propio Estado. Primeramente, se podrían establecer los contratos entre los entes federados, los cuales deben consustanciar el contenido de los consensos interfederativos obtenidos en los colegios, definiéndose con claridad el papel de cada uno en la red interfederativa de servicios de salud (contratos de acción pública -aquellos que organizan la acción pública de la salud entre los entes federados-).

En el ámbito de cada administración pública, deben ser separadas las funciones de planificación, financiación, regularización y evaluación de las actividades de prestación de servicios de salud. Así, dentro del propio sector público, quien financia, regula y evalúa no debe ser el mismo que presta el servicio, planificado y evaluado por un cuerpo de servidores, con garantías de vínculo diferentes de aquellos que prestan servicios. Con esa separación, será más fácil para cada uno ejecutar su papel: el primer grupo de servidores actuando en las áreas que encierran poder de autoridad del Estado; y el segundo prestando servicios directamente a la población, con todas las garantías de metas, resultados, desempeño cualitativo, plazos, humanismo. En el segundo bloque, la gestión ágil es imperativa para la obtención de resultados de calidad.

La administración pública negociante-consensual dará espacio para definir mejor sus funciones, creando

condiciones más adecuadas para planificar y evaluar los servicios, persiguiendo mejores resultados para la población usuaria de los servicios de salud.

Eso sólo podrá ocurrir mediante contratos entre entes públicos, sean los contratos estatales de servicios, los contratos de gestión o cualquier otra determinación que vengan a adquirir, de acuerdo con su objetivo.

Aunque esos contratos firmados en el interior de la administración pública, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 37, 8º, de la Constitución Federal, no tengan la misma naturaleza de los contratos del Código Civil (una vez que éstos no pueden ser exigidos administrativa o judicialmente), por ser firmados en el ámbito de la propia administración pública, se trata de una estrategia de gestión que debe considerar prioritariamente los objetivos de los servicios de salud, sus metas, la calidad a ser alcanzada, el desempeño, la efectividad, la economía, entre otros ítems.

Ya los contratos interfederativos son aquellos que organizan la acción pública de la salud entre los entes federados, a partir de los consensos obtenidos, definiéndose con claridad las responsabilidades de cada ente en la red interfederativa, el financiamiento, derechos y deberes. Esos contratos no se pueden ser como una fijación jurídica, una vez que las partes que lo firmarían son entes políticos, personas jurídicas.

Los contratos que sean firmados dentro de cada esfera de gobierno contribuirán, como ya se mencionó, a separar las actividades de planificación, financiamiento y evaluación de aquéllas en ejecución, además de perseguir el objetivo de conferir mayor grado de autonomía gerencial al órgano o ente executor de los servicios (art. 37, 8º, Constitución Federal), con el fin de ganar mayor eficiencia administrativa.

Con respecto a la financiación, podemos afirmar que existe y persiste la subfinanciación de la salud, y ése es el problema más grave enfrentado hoy por el sistema público de salud.

⁹ En Brasil, 71% de los municipios tienen menos de 20 mil habitantes.

De acuerdo con la determinación constitucional (Enmienda Constitucional nº 29/2000), la Unión debe aplicar en salud el valor del año anterior aumentado de la variación del PIB, los estados deben aplicar el equivalente al 12 por ciento de su recaudación pública, y los municipios, el valor correspondiente al 15 por ciento. Especialistas en salud pública pleitean del gobierno federal la aplicación de un porcentaje de las recaudaciones corrientes líquidas, y no del PIB, pero eso está en discusión en el Congreso Nacional (feb./2008).

Hay que resaltar que la Unión Federal está obligada a transferir parte de los recursos del presupuesto del Fondo Nacional de Salud al conjunto de los estados y municipios, siendo deber del Estado transferir a los municipios parte de sus recursos vinculados a la salud. Esto está previsto en la Enmienda Constitucional nº 29 y en las Leyes nº 8.080/90 y 8.142/90.

1. Lo que se ha hecho en estos veinte años

Mucho se ha hecho por la salud pública brasileña a partir de la Constitución de 1988. El punto primordial es que la salud fue reconocida como derecho público subjetivo. A partir de ahí, con la edición de la ley que regulariza el funcionamiento y la organización del Sistema Único de Salud, éste ganó fuerza, y todos los 5.562 municipios brasileños pasaron a cuidar de la salud de su población.

La descentralización fue profundizada, y todos los estados federados y el conjunto de sus municipios mantienen hoy servicios de salud, restando solamente su total integración a la red interfederativa de servicios de salud, con definición clara de responsabilidades, hecho que aún no ha ocurrido.

La participación de la población en el SUS también es una realidad, con todos los municipios y estados brasileños manteniendo, en sus estructuras administrativas, consejos de salud, escenario de discusiones de la política de salud local o estatal, de la aprobación de los planes de salud, base de todas

las actividades en cada esfera de gobierno y de su fiscalización.

El Consejo Nacional de Salud, vinculado al Ministerio de Salud, tiene el papel de discutir las macropolíticas de salud y su financiamiento y fiscalizar su ejecución. Aunque existan problemas en ese sector, la participación popular en la salud ha sido un marco en la implementación de la democracia participativa en nuestro país.

Todos los recursos que financian el sistema de salud deben estar colocados en los fondos de salud y deben ser movilizados por el gestor de la salud local o estatal.

El acceso es universal, y el sistema pasó a tener que garantizar servicios a toda la población brasileña (186,77 millones de habitantes), siendo que solamente alrededor de 40 millones de personas no utilizan el sistema público, por que tienen contratos de seguro-salud.

El SUS garantiza a la población todos los tipos de servicios, desde acciones preventivas y de promoción de la salud hasta servicios de recuperación, de los más simples a los más complejos, como trasplantes.

Estos son los datos más recientes (de 2006) sobre gastos con salud en Brasil: (12)

- 2.300 millones de procedimientos en urgencias, con más de 300 millones de consultas médicas y 2 millones de partos (1.300 millones de atención básica y 1.200 millones de otros procedimientos)
- 3,1 millones de cirugías (241.000 cirugías cardíacas)
- 9 millones de procedimientos de quimioterapia y radioterapia
- 9,2 millones de terapias renales substitutivas (97 por ciento de ellas públicas)
- 11.000 trasplantes (80 por ciento públicos)
- 130 millones de vacunas
- 345 millones de análisis clínicos
- 55,4 millones de sesiones de fisioterapia
- 212 millones de acciones de odontología

¹⁰ Fuente: Ministerio de la Salud, *Mais Brasil-2008-2011*, 2007.

- 3,9 millones de ortodoncia/ prótesis
- 1,3 millones de tomografías
- 11 millones de ultrasonografías
- 243.000 resonancias magnéticas
- 23 millones de acciones de vigilancia sanitaria básica
- 87 millones de personas acompañadas por 27 mil equipos de salud de la familia, presentes en el 92 por ciento de los municipios brasileños
- 110 millones de personas atendidas por agentes comunitarios de salud, que actúan en el 95 por ciento de los municipios brasileños.

Según datos del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), en 2005 Brasil contaba con 77.000 establecimientos de salud (55.000 servicios de urgencias y 22.000 hospitales, que ofrecían 443.000 camas, siendo 149.000 públicas y 294.000 privadas). Debe observarse que el 70 por ciento de los establecimientos privados mantienen contrato con el sistema público de salud, atendiendo, así, pacientes encaminados por el poder público.

Los gastos con salud en Brasil, entre los años 1999 a 2007, son presentados en el listado a seguir: Se puede traducir de la siguiente manera el financiamiento público de la salud brasileña en el año 2006 (solamente recursos públicos aplicados en la salud pública (87,32 millones de reales):

- R\$ 1,28 por día (R\$ 87,32 mil millones divididos por 186,77 millones de habitantes= 467,5 divididos por 365 días= R\$ 1,28)
- Considerando ahora el total de los recursos aplicados en la salud brasileña (recursos públicos y privados), tendremos:

TOTAL: R\$ 174,76 mil millones (recursos públicos y privados)
 Población: 186.770.000
 Per Cápita/año: R\$ 935,69 = US\$ 334,15

2. Lo que necesita ser hecho

El SUS necesita, aún, de muchas acciones y servicios, de financiamiento, modernización y regularización de vacuos normativos existentes. Sin profundizarnos en todos los detalles, destacamos cinco puntos que juzgamos fundamentales y que necesitan ser resueltos con urgencia:

- a) La financiación de la salud necesita ser suficiente. Además de insuficiente, la financiación carece, en el momento, de definición de algunas fuentes de recaudación, una vez que solamente el presupuesto fiscal no da cuenta de mantenerlo.

En Brasil tenemos tres tipos de presupuesto, siendo uno de ellos el presupuesto de la seguridad social, responsable por la salud, previdencia y asistencia social. Las recaudaciones que componen ese presupuesto no han sido suficientes para cubrir los gastos crecientes de la previdencia social y de la salud. El área más perjudicada es la salud, una vez que no se cumplió la determinación constitucional inicial (1988-1989) de destinarse el 30 por ciento de ese presupuesto para esa área. Si eso hubiese sido cumplido, el presupuesto sería el doble del actual.

- b) El modelo jurídico-organizacional del SUS necesita ser institucionalizado. Desde la creación del SUS y de su ley regularizadora, ese sistema fue pautado por normas editadas por el Ministerio de Salud, que no llevaron

Público	Federal 46,70%	40,78
50 %	Estatal 26,12%	
	Municipal 27,18	23,73
	Total Público 100%	87,32
Privado	Seguro-Salud 51,3%	44,88
	Desembolso directo 18%	16,41
	Medicamentos 30%	26,25
	Total Privado 100%	87,54
Público-Privado	Total Brasil	174,76

FUENTE: MS-SPO, MS-SIOPS, ANS, IBGE, POF, ESTUDIOS GC.

en cuenta las especificaciones de las regiones del país, desiguales económicas y socialmente, además de no haber conseguido crear redes interfederativas de servicios de asistencia a la salud, con definición concreta de las responsabilidades de los entes federados en relación a las características de los municipios (población, economía, organización de servicios y epidemiología) y su papel en las redes interfederativas.

Incluso las comisiones de gestores (que congregan los gestores municipales, estatales y federales) –creadas con el objetivo de decidir en conjunto la organización, la operabilidad y el financiamiento de los servicios de salud– no están institucionalizadas, siendo todas ellas dependientes del ente federado que las crea. No hay aquí un ambiente de seguridad jurídica.

Solamente colegios interfederativos que respeten las autonomías de los entes federados, al mismo tiempo en que esos entes se reconozcan como interdependientes en la garantía del derecho a la salud en redes interfederativas, darán cuenta de definir en conjunto las políticas de salud, su financiamiento y su ejecución. Los consensos interfederativos deben ser la forma de accionar la red interfederativa de servicios de asistencia a la salud.

c) El modelo gerencial del SUS necesita modernizarse. Las formas jurídicas o las categorías jurídicas de administración pública, en Brasil, necesitan urgentemente modernizarse, separándose las actividades que requieren poder de autoridad, poder sancionador y que son exclusivamente públicas de aquellas que pueden ser ejecutadas por la iniciativa privada, o sea, por el poder público de modo más ágil.

La administración pública brasileña es fuertemente controlada por normas que privilegian la forma y no los resultados; que evalúan procesos y no metas; que persiguen números y no desempeño cualitativo. Actualmente se discute, en el Congreso Nacional, proyecto de ley de iniciativa del gobierno que crea las fundaciones estatales, modelo de fundación pública regida por el derecho privado (parcialmente regida, dígase, una vez que el derecho público siempre deroga normas de derecho privado). Es necesario implantar el modelo de contratación en el interior de la administración pública, con el sentido a definir metas y resultados cualitativos de los servicios

prestados. La Constitución Federal prevé el contrato de autonomía gerencial, que podrá ser firmado en el interior de la administración pública; sin embargo, desde 1998 ese modelo institucional no es regularizado.

d) El vacío legislativo necesita ser suprimido. Es necesario mejorar la regularización de las responsabilidades de los poderes públicos en la red interfederativa de servicios y de los derechos y deberes de los usuarios fundamentalmente con relación al padrón de integralidad de asistencia a la salud debido por el Estado.

Son muchas las lagunas, y la principal de ellas es la que define el rol de prestación de servicios que el Estado debe garantizar a los usuarios. Incluso las puertas de entrada del sistema no son respetadas, principalmente por el Poder Judicial, que, en las acciones judiciales, garantiza todo para todos, sin respeto a la regularización –la cual, dígase, también ha sido insuficiente–. Es común garantizar a las personas que tienen seguro-salud el acceso, por vía judicial, a las acciones y servicios de salud, de acuerdo terapéutica prescrita por médicos del sector privado (en tratamiento fuera del ámbito público).

Mientras ese vacío legislativo no sea suplantado y el modelo jurídico-administrativo del sistema público de salud no sea institucionalizado, estaremos generando dos sistemas: uno para el público en general y otro para aquellos que, cada vez más, recurren al Judicial perjudicando la deseable eficacia del derecho a la salud que presupone un conjunto de servicios (padrón de integralidad) previamente definido por los dirigentes del SUS, en común acuerdo con la sociedad representada en los consejos de salud.

e) La población brasileña necesita tener sentimiento de pertenencia al SUS. No hay un sentimiento de pertenencia en relación al SUS. Todos los segmentos sociales buscan garantizar, de algún modo, un contrato de seguro-salud, y los propios secretarios de Salud muchas veces dirigen un sistema que no usan (13).

Cuando la clase media reivindica, mediante el Poder Judicial, determinados procedimientos de salud, principalmente medicamentos, lo hace con cierto desprecio por el sistema, sin siquiera saber cuáles son sus deberes con el SUS, una vez que no existe derecho sin un deber correspondiente.

No le importa saber si, para obtener un servicio del SUS, es necesario usarlo por sus puertas de entrada y respetar el principio de la integralidad de la asistencia terapéutica, que presupone un conjunto de acciones articuladas y continuas y no un fraccionamiento de actos, despegados de diagnósticos y terapéuticas indicados por los profesionales de la salud pública. Y el Poder Judicial viene acogiendo todos los pedidos, sin darse cuenta de que está rompiendo con la organización del SUS y con el principio de la igualdad de aquellos que, cumpliendo sus deberes, se comunican con el SUS por la puerta de entrada.

Ese punto es de gran complejidad y puede ser estudiado bajo los más variados ángulos: la formación de nuestra sociedad, la cultura, la sociología, la antropología brasileña. Un dato, sin duda, es elocuente: mientras los servicios de salud sean de mala calidad, intimidando a las personas en su subjetividad, por el temor previo de las consecuencias de la necesidad futura (y salud siempre combina urgencia y fragilidad emocional), viviremos esa ambigüedad de querer y tener el derecho, pero no ejercerlo. No tenemos la cultura de luchar para conferir calidad a un derecho -nos gusta apropiarnos de derechos ya calificados-. Aquellos que se descalifican son abandonados, como fue el caso de la educación. Desde que el objeto de un derecho pueda ser adquirido en el mercado, cambiaremos la lucha por el derecho por la lucha por la obtención de la renta. Mientras tanto, la lonja rica de la sociedad relega a la parte pobre la reivindicación del derecho a la salud, y, aunque ésta sea mayoría, su voz no es escuchada con la misma intensidad.

VI- Conclusiones

Brasil tiene una población de 186,77 millones de personas; de éstas, alrededor de un cuarto tiene contrato de seguro-salud o plan de salud (que cubre riesgo eventual y futuro). El restante es cubierto por el sistema público de salud, o sea, alrededor de 140 millones de personas dependen de la red de servicios públicos de salud. Ese sistema público comprende todas las actividades de salud: actividades de vigilancia sanitaria, epidemiología, atención básica, atención especializada, atención hospi-

talaria, servicios de urgencia y emergencia, transplantes, medicamentos y otros servicios más especializados, como salud mental, programa de sida.

Los recursos del presupuesto de la salud son claramente insuficientes para accionar una red siempre creciente y costosa, en relación a la innovación tecnológica, del envejecimiento de la población, de la violencia urbana, entre otros factores. El SUS necesita, fundamentalmente, institucionalizar, dejando de ser pautado y accionado de manera centralizada por el Ministerio de Salud. Necesita, aun, garantizar financiamiento suficiente; innovar en su gestión interna, introduciendo nuevos parámetros administrativos, como los contratos de interadministración pública, los contratos interfederativos, modelos jurídico-institucional pero más ágiles, como las fundaciones estatales¹⁴ (fundaciones públicas regidas por el derecho privado), y otros elementos administrativos innovadores de la gestión pública, como contratos de autonomía gerencial, contratos de metas, contratos de programa, contratos de gestión, entre otros. El SUS es hoy, en Brasil, la política pública más completa inclusiva, universalista, igualitaria, que promueve la persona humana y cuenta con la participación de la sociedad en su definición y fiscalización (democracia participativa). Para confirmarse y concretizarse en el siglo XXI, el SUS necesita vencer los desafíos aquí descritos y otros que deberán surgir o que aún surgirán.

Bibliografía

- BERLINGUER, Guivanne- Medicina e Política. San Pablo:Editorial Hucitec, 3ª ed., año 1989.
- SANTOS, Lenir. Saúde e Meio Ambiente. Intersetorialidade. Revista de Derecho del Trabajo. San Pablo:Editorial de los Tribunales. Volumen 120. Año 2005.
- A quem pertence o SUS?* Correio Popular - Opinião- 10.01.2008- Campinas.
- SANTOS, Lenir y ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de, SUS o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos, Campinas:2007-1ª edición. CONASEMS & IDISA.
- Mais Brasil - 2008-2011- Año 2007 - Ministerio de Salud.
- CARVALHO, Gilson. Estudos. www.idisa.org.br. Ministerio de Salud- Secretaría de Planificación y Presupuesto- Sistema Informaciones en Presupuesto y Planificación en Salud- Agencia Nacional de Salud- Instituto Brasileño de Geografía y Estadística.

¹¹ Lenir Santos, "A quem pertence o SUS?", *Correio Popular*. Campinas, 10 de enero de 2008, *Opinião*.

¹² Proyecto de Ley Complementar n° 92/2007, de autoría del gobierno federal, en discusión en el Congreso Nacional.