

BORRADOR – Septiembre de 2001

LA ASISTENCIA SANITARIA EN EL FEDERALISMO BRASILEÑO

André Medici

Banco Interamericano de Desarrollo¹

¹ Las opiniones que se expresan en este documento no reflejan las del Banco Interamericano de Desarrollo.

Introducción al federalismo brasileño

El federalismo brasileño no tuvo el mismo desarrollo que el federalismo clásico estadounidense. Los *Estados Unidos de América* surgieron durante los conflictos por la independencia de trece colonias (1776) que acordaron unificarse en el marco de una nación. Después se incorporaron otros estados a la nueva federación, algunos por decisión política, otros por la fuerza.

En el caso de los *Estados Unidos de Brasil*, la nación apareció antes que los estados, a pesar del fuerte poder de algunas oligarquías regionales. Ya independizado (1822), Brasil se convierte en una monarquía, mientras otros países latinoamericanos emergen como repúblicas. Las presiones internas y externas debilitaron progresivamente la monarquía brasileña. En el frente exterior, la economía basada en la esclavitud no se conformó a los tratados internacionales sobre libertad y derechos civiles impulsados por Inglaterra. En el interior, el centralismo de la monarquía no fue aceptado por las oligarquías regionales que, desde mediados del siglo XIX, fomentaron los ideales republicanos. En 1888 se abolió la esclavitud, y un año más tarde las fuerzas políticas antimonárquicas proclamaron la república.

La época republicana trajo nuevos acuerdos políticos conocidos como la “política de los gobernadores”, mediante la cual, las oligarquías de Minas Gerais y Sao Paulo se alternaron en la dirección del gobierno central durante el periodo denominado “Antigua República”².

El federalismo brasileño comienza en el periodo republicano, sustituyendo el proceso de centralización impulsado por la monarquía. Durante los primeros treinta años del siglo XX, los estados dispusieron de una enorme autonomía fiscal, política y administrativa. El gobierno nacional se apoyó en una base fiscal débil que no permitió el uso de recursos federales para la realización de políticas a escala regional. Por otro lado, los estados no estaban sometidos a reglas federales de imposición.

A partir de la independencia, el gobierno central tuvo que calmar revoluciones regionales en varios estados, impulsadas por el poder de las oligarquías regionales. Algunos de esos movimientos continuaron en la era republicana. El último se produjo en Sao Paulo (1930) después de la ruptura del acuerdo sobre la “política de los gobernadores”. Para evitar la independencia de Sao Paulo y mantener la unidad de la nación, la oligarquía de uno de los estados sureños más potentes (Rio Grande do Sul) envió tropas a Sao Paulo y a la capital (Río de Janeiro), generando un proceso revolucionario dirigido por Getulio Vargas, que se autoproclamó dictador.

Vargas gobernó Brasil de 1930 a 1945. Durante los años 30 y 40, su gobierno autoritario lideró un fuerte proceso de centralización. Nombró gobernadores de los estados y centralizó la mayoría de las políticas públicas utilizando normas federales. Al régimen de

² La historiografía brasileña clasifica como “Antigua República” al periodo que va desde 1889 (comienzo del sistema republicano) hasta 1930 (inicio de la dictadura de Getulio Vargas).

Vargas se le conoce por haber establecido políticas nacionales en campos tales como el mercado de trabajo, la seguridad social, y la industria y el comercio, forjando así la base del capitalismo brasileño. Las crisis económicas mundiales de los años 30 y la Segunda Guerra Mundial redujeron los mercados exteriores para las mercancías brasileñas. El gobierno de Vargas desplazó la base del crecimiento económico de los mercados exteriores a los interiores gracias al crecimiento de la industria nacional, subsidiada por la inversión pública. Para mantener esta estrategia, el gobierno central realizó reformas fiscales parciales de los estados, incrementando su parte del ingreso fiscal. El crecimiento de la burocracia estatal aumentó las estructuras políticas e institucionales, no solamente en el gobierno central, sino también en los gobiernos estatales.

La era Vargas, aun cuando aportó al país crecimiento económico y fortalecimiento institucional, incrementó las disparidades económicas y sociales existentes entre los estados. La mayoría de las ganancias producidas por el crecimiento económico las recibieron los estados sureños. La vuelta a la democracia en 1945 dio lugar a la aparición de nuevas ideas sobre la distribución regional del crecimiento económico. Por esta razón, los años 50 se caracterizaron por la creación de empresas públicas de ámbito nacional que actuaban en sectores como la producción de petróleo, las minas y la electricidad. Para reducir las desigualdades regionales y apoyar un crecimiento económico regional e integral, el gobierno federal creó bancos de desarrollo y organismos regionales (como BNDE y SUDENE). Este nuevo marco institucional generó incentivos fiscales para dirigir capital e inversión a los estados menos desarrollados del nordeste y del norte.

Sin embargo, los conflictos de intereses entre desarrollo económico y distribución de la renta siguieron vivos, y llevaban en sí algunos de los fundamentos de la revolución militar de 1964. La vuelta al gobierno autoritario estableció un nuevo proceso de centralización, apoyado por una grandiosa reforma fiscal que se llevó a cabo en 1967. Los impuestos sobre la renta y la producción se centralizaron en el gobierno federal, y los estados se quedaron con los impuestos al consumo como principal fuente de ingresos fiscales. Este proceso centralizó la mayoría de los ingresos estatales en las manos del gobierno federal. Para atenuar la fuerte reducción de los fondos de los gobiernos locales, la reforma fiscal creó fondos federales para transferir parte de los ingresos centrales a los estados y municipios, utilizando el tamaño de la población como criterio de distribución³. En Brasil, a esos recursos se les conoce como transferencias automáticas del gobierno nacional a los gobiernos locales.

Durante los años 70 y 80, utilizando el marco establecido con la reforma fiscal de 1967, el gobierno federal limitó cada vez más la autonomía de los gobiernos locales. El Congreso Nacional aprobó varios decretos en los que se especificaba la forma en que los estados y municipios deberían establecer impuestos y usar los ingresos fiscales. Además, el gobierno nacional institucionalizó transferencias negociadas a los gobiernos locales, destinadas a ciertas áreas como la de salud, educación, mano de obra y otras. Estas transferencias compensaron una posible insuficiencia de fondos para cumplir con normas federales, sobre todo en política social.

³ A estos fondos se les llamó “Fundo de Participação dos Estados” (FPE) y “Fundo de Participação dos Municípios” (FPM), recursos fiscales de los estados y de los municipios, respectivamente.

El centralismo fiscal se acentuó durante el periodo autoritario, desde 1964 hasta finales de los 80, y las desigualdades entre los estados aumentaron. El retorno a la democracia en 1985 y la nueva Constitución de 1988 redujeron este centralismo, se traspasó la responsabilidad de varias políticas públicas a los gobiernos locales y se incrementaron los fondos fiscales de los estados y municipios.

Aun así, en Brasil sigue habiendo conflictos federativos. Las crisis económicas de finales de los 80 y principios de los 90, las disputas fiscales entre estados para atraer nuevas inversiones y el poder desequilibrado de los municipios frente a los estados que estableció la Constitución de 1988 constituyen nuevos retos que alimentan los problemas federativos en Brasil. En la actualidad, para resolver los conflictos federativos el país necesita reformas fiscales y administrativas profundas que podrían formar parte de la agenda política del siglo XXI.

Recorrido histórico por el federalismo y la política sanitaria en Brasil

A principios del siglo XX, el gobierno federal llevó a cabo diversas actuaciones en el campo de la salud pública en varios estados, con el fin de reducir la incidencia de enfermedades transmisibles como la fiebre amarilla, la viruela y la peste. La mayoría de estas campañas se financiaron repartiendo los costos entre el gobierno central y los estados. Este esfuerzo permitió institucionalizar los servicios de salud pública en muchos estados.

El gobierno federal también mantuvo hospitales públicos para indigentes en la capital de la república (Río de Janeiro). Algunos estados crearon hospitales públicos para atender a las personas sin recursos. En aquel entonces, la mayoría de la asistencia sanitaria era privada, financiada y organizada por familias u organizaciones de socorro mutuo.

La primera iniciativa federal sobre política de pensiones y asistencia sanitaria se produjo en 1923, con la creación de prestaciones de seguridad social para los empleados ferroviarios según un modelo llamado CAP⁴. El sistema se financió con aportaciones de los patronos, los empleados y el estado. Este modelo se reprodujo en otras ramas industriales, y a mediados de los años 30 más de 300 empresas estaban cubiertas con las CAP.

Vargas cambió este sistema entre 1935 y 1945 creando Institutos de Pensiones por rama de actividad. La mayoría de las CAP se extinguieron o se fusionaron en seis Institutos de Pensiones y Asistencia Sanitaria (IAP). Las principales diferencias entre las estructuras de las CAP y las de los IAP se basan en las características siguientes:

⁴ La institución creada para conceder estas prestaciones se llamó “Caixa de Aposentadorias e Pensões” (CAP), y facilitaba pensiones, ayuda en caso de enfermedad y asistencia sanitaria a los empleados.

- a) Las CAP eran territoriales, mientras que los IAP eran nacionales, con oficinas locales en los estados.
- b) Las CAP estaban dirigidas por consejos de empresa, mientras que los IAP eran estructuras públicas.
- c) La participación en las CAP era voluntaria, mientras que en los IAP era obligatoria.

La creación de los IAP expandió progresivamente el sistema de salud de la seguridad social en el mercado laboral formal. La expansión también se produjo de una forma centralizada. La estructura local de los IAP seguía las instrucciones centralizadas de las sedes establecidas en la capital federal.

La distribución de recursos e inversiones entre las representaciones locales se basó en una mezcla de planificación presupuestaria y presiones políticas de los sindicatos. Por este motivo, los intereses regionales estuvieron representados de alguna manera en el reparto de fondos.

Por otro lado, la calidad, la cobertura y la eficiencia de los IAP fueron muy heterogéneas, creando grandes desigualdades en el acceso a los cuidados sanitarios y en los patrones de calidad que imperaban en esas instituciones. Los ingresos de cada IAP dependían del salario medio de las categorías profesionales inscritas. Además, las capacidades institucionales y gestoras, así como los vínculos políticos, fueron factores cruciales determinantes del éxito de los IAP.

Al comienzo de los años 60 muchos grupos políticos presionaron para que se produjera una fusión institucional de los IAP, con objeto de reducir las diferencias existentes entre los modelos de protección social para diferentes trabajadores. Pero el fuerte corporativismo de los sindicatos mejor situados obstruyó esos esfuerzos.

El golpe militar de 1964 y el gobierno autoritario que se impuso crearon condiciones favorables para cambiar el sistema de pensiones y asistencia sanitaria que había prevalecido hasta entonces. En 1967, en el marco de las reformas administrativas, fiscales y financieras que se hicieron, se procedió a reformar la seguridad social, unificando cinco de los seis IAP en un solo organismo denominado *Instituto Nacional de Seguridad Social* (INPS). El instituto que había sobrevivido (IPASE) y que estaba dedicado a facilitar pensiones y asistencia sanitaria a los funcionarios civiles, fue abolido en los años 80 y sus estructuras de asistencia sanitaria se incorporaron al INPS.

El INPS se responsabilizó de la asistencia sanitaria de todos los trabajadores del sector formal. La contribución de éstos en aquella época ascendía a un 8 % de sus salarios, junto con la aportación de los patronos que iba del 8 al 10 % de la masa salarial, independientemente de la rama de actividad o categoría profesional. También se incluyeron en la cobertura los trabajadores autónomos y los patronos (como individuos) que contribuían el doble (del 16 al 18 % de sus ingresos básicos). Este aumento de la cobertura provocó problemas en las instituciones de la seguridad social, ya que los establecimientos del antiguo IAP no tuvieron en cuenta esta nueva clientela del INPS. No

solamente fue necesario ampliar las instalaciones de asistencia sanitaria, sino también contratar una red mayor de establecimientos privados, la cual, mediante procesos de compra y venta de asistencia sanitaria basados en honorarios por servicio, iba a convertirse en parte integrante de la red de asistencia médica del INPS.

Por su parte, el sector privado, exceptuando las organizaciones caritativas tales como las iglesias y los hospitales ligados a órdenes religiosas, no tenía una red muy extensa de instalaciones. Era necesario ampliar esta red para responder a la demanda gubernamental. Una proporción adecuada de dicha ampliación se financió utilizando recursos públicos procedentes del *Fondo de Apoyo al Desarrollo Social* (FAS), organismo creado en 1974 y financiado mediante capitales procedentes de loterías federales y deportivas, así como de los saldos de explotación de las instituciones financieras federales.

El INPS funcionó de manera centralizada. Cada estado y la mayoría de los municipios tenían oficinas locales del Instituto que dependían del poder de la burocracia local y estaban vinculadas a la política local.

En 1974 se iniciaron algunos cambios institucionales en la estructura de la seguridad social. El INPS se dividió en tres institutos, separándose las funciones de administración y financiamiento (IAPAS), las prestaciones de pensiones y protección social (INPS) y la asistencia sanitaria (INAMPS). El proceso se consolidó en 1976 con la fundación del Sistema Nacional de Pensiones y Asistencia Social (SINPAS) y la creación de su instrumento financiero, el Fondo de Pensiones y Asistencia Social (FPAS). Además de comprender las tres instituciones mencionadas (IAPAS, INPS e INAMPS), el SINPAS estuvo formado por otros organismos como la *Legión Brasileña de Asistencia (LBA)*, la *Fundación Nacional para el Bienestar de la Infancia (FUNABEM)*, la *Empresa de Tratamiento de Datos para el Bienestar Social (DATAPREV)* y la *Empresa de Distribución de Medicamentos (CEME)*. De entre todas estas instituciones, dos formaron el subsistema sanitario en la esfera de la seguridad social —INAMPS y CEME—, cuyo objeto era la centralización de la compra y distribución de medicamentos destinados a las instituciones que se ocupaban de la seguridad social.

A pesar de todo esto, la estructura federal de bienestar social casi no experimentó cambios hasta mediados de los 80. Durante los últimos años de la década de los 70 y en los 80, el gobierno federal estableció algunos acuerdos con estados y municipios para aumentar los recursos y transferir dinero y responsabilidades respecto a la asistencia sanitaria. El programa integrado de actuaciones sanitarias (AIS – 1984) y el sistema sanitario descentralizado y unificado (SUDS – 1986) prepararon el entorno político e institucional para la enorme descentralización que se produciría al principio de los 90.

Con la Constitución de 1988 se creó el *Sistema Unificado de Salud* (SUS), que supuso la unificación formal de algunas de las estructuras citadas. El SUS incorporó en su seno los hospitales universitarios pertenecientes al Ministerio de Educación y las redes sanitarias públicas y privadas de los estados y municipios, formando un sistema teóricamente integrado a escala nacional. En este contexto, las políticas sanitarias adoptaron los objetivos y las estrategias siguientes:

Objetivos

- ASISTENCIA SANITARIA UNIVERSAL: La totalidad de la red pública de proveedores (nación, estados y municipios) atendería ahora a la población de forma universal, sin restricciones o cláusulas de cobertura.
- IGUALDAD DE CUIDADOS: Además de la universalidad, todo ciudadano tendría acceso a las mismas formas de cobertura en el conjunto del territorio nacional.
- ACTUACIONES COMPLETAS: Todo el mundo tendría acceso a la salud como un concepto global, o compuesto por actuaciones a escala del individuo, de la colectividad y del medio ambiente.

Estrategias

- DESCENTRALIZACIÓN: La prestación de los servicios estaría controlada y ejecutada por los municipios y los estados, minimizándose el papel del gobierno federal.
- UNIDAD DE CONTROL: Aunque descentralizado, el sistema tendría ahora un control único en cada esfera de gobierno, evitando la antigua duplicación de esfuerzos que existía con las estructuras del INAMPS, del Ministerio de Sanidad y de los departamentos de los estados y municipios.
- PARTICIPACIÓN SOCIAL: La sociedad participaría en la gestión del sistema a través de consejos de salud organizados en todas las esferas de gobierno, los cuales tendrían funciones en el campo de la planificación y supervisión de las actuaciones sanitarias.

El SUS eliminó la restricción que daba protección sanitaria de la seguridad social solamente a los trabajadores del mercado laboral formal y a sus familias, creando un acceso universal a la asistencia sanitaria. Sin embargo, algunos sistemas de asistencia sanitaria como los de las fuerzas armadas, las empresas públicas y los funcionarios civiles se mantuvieron como privados y no integrados en el SUS.

A escala estatal, el SUS está compuesto de las antiguas oficinas regionales del INAMPS, fusionadas con las secretarías de salud del estado. Todas las actividades se sometieron al control de esas secretarías. En el ámbito municipal, las secretarías de salud locales se fusionaron con las oficinas locales del INAMPS.

El federalismo y la política sanitaria brasileña en los años noventa

En los años 90 se inició la era de la descentralización en la política sanitaria brasileña. Esta descentralización podría entenderse en dos dimensiones: la financiera, representada por el incremento de la autonomía de estados y municipios para obtener los fondos destinados a sus necesidades sanitarias, y la administrativa, representada por la

autonomía de cada estado y municipio en la elección del modelo más apropiado para desarrollar la política sanitaria en su territorio. La realidad nos muestra que Brasil ha conseguido avanzar más en la dimensión financiera de la descentralización que en la dimensión gestora.

a) Autonomía financiera

La autonomía de los estados y municipios para financiar la asistencia sanitaria depende del volumen de transferencias federales y de la magnitud de la base fiscal local. Durante los años 80 y 90, el volumen de transferencias federales a los estados y municipios aumentó muy rápidamente.

La tabla 1 muestra dos periodos en los que las transferencias federales representaban una parte importante de los gastos sanitarios federales: 1985-1991 y 1995-1999. En los dos intervalos hay momentos en que las transferencias federales han sido casi iguales o superiores al 40 % de la totalidad de los gastos sanitarios federales. Durante el primer periodo (los años 80), las transferencias a los estados superaron las realizadas a los municipios. En el segundo periodo (los años 90) ocurrió lo contrario: las transferencias federales a los municipios fueron más importantes que las hechas a los estados. El federalismo sanitario brasileño de los 90 siguió la tendencia que había marcado la Constitución Federal de 1988 de fortalecer los municipios.

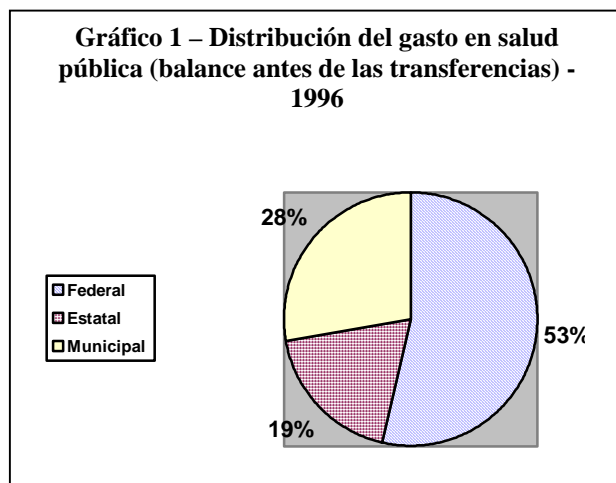
Pero, ¿qué tipo de criterio se utilizó para distribuir los fondos federales a los gobiernos locales? En los 80, el favoritismo político fue la regla. La mayoría de los estados se beneficiaron de cantidades injustas de transferencias federales a cambio de favores políticos. Durante los años 90, el gobierno federal distribuyó los fondos para la salud a los gobiernos locales según la población y los valores transferidos históricamente. En un futuro próximo, la tendencia podría ser la distribución de esos recursos según fórmulas técnicas que tengan en cuenta indicadores epidemiológicos y socioeconómicos.

Tabla 1
Brasil: Gastos federales en asistencia sanitaria y transferencias federales a los estados y municipios 1982-1999 (millones de \$US)

| Años | Gastos federales brutos | Transferencias a los estados (2) | Transferencias a los municipios (3) | Gastos federales netos | | (2 +3)/ (1) (%) |
|------|-------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------|------|--------------------|
| | | | | (4)=(1) –(2) | –(3) | |
| 1982 | 9400,3 | 561,2 | - | 8838,8 | | 6,0 |
| 1983 | 7824,0 | 477,1 | - | 7346,9 | | 6,1 |
| 1984 | 8233,4 | 452,5 | - | 7780,9 | | 5,5 |
| 1985 | 10573,8 | 859,2 | 37,0 | 9677,6 | | 8,5 |
| 1986 | 9534,5 | 914,3 | 298,9 | 8321,3 | | 12,7 |
| 1987 | 14743,7 | 2989,1 | 575,0 | 11179,6 | | 24,2 |
| 1988 | 15400,7 | 6321,1 | 44,7 | 9034,9 | | 41,3 |
| 1989 | 19172,4 | 5944,0 | 284,6 | 12943,8 | | 32,5 |
| 1990 | 13659,1 | 3538,5 | 506,5 | 9614,1 | | 29,6 |
| 1991 | 11344,1 | 2413,9 | 1120,3 | 7809,9 | | 31,5 |
| 1992 | 10010,2 | 307,9 | - | 9702,3 | | 3,1 |
| 1993 | 10294,6 | 855,7 | 137,3 | 9301,6 | | 9,6 |

| | | | | | |
|------|---------|-------|--------|---------|------|
| 1994 | 10441,6 | 628,8 | 188,7 | 9624,1 | 7,8 |
| 1995 | 14500,3 | 796,1 | 698,8 | 13005,4 | 10,3 |
| 1996 | 12420,5 | 479,9 | 1379,3 | 10561,3 | 15,0 |
| 1997 | 14822,7 | 660,0 | 1930,0 | 12283,3 | 17,4 |
| 1998 | 13278,0 | 742,2 | 3383,6 | 9152,2 | 31,1 |
| 1999 | 13349,1 | 842,2 | 4036,7 | 8470,2 | 36,5 |

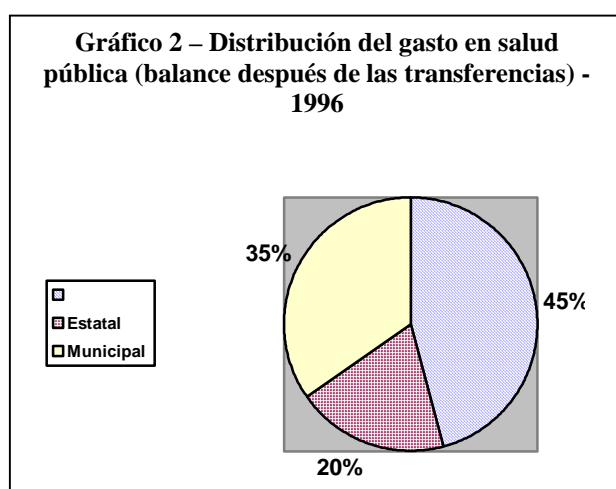
Fuente: IESP/FUNDAP y DISOC/IPEA



Al mismo tiempo, la utilización de fondos locales para financiar la política sanitaria aumentó en las últimas dos décadas, especialmente en los municipios. Los recursos fiscales estatales y municipales para financiar la asistencia sanitaria pasaron de 2.500 a 4.300 millones de dólares estadounidenses y de 1.300 a 6.400 millones de dólares estadounidenses, respectivamente.

En otras palabras, el gobierno federal redujo su participación en el financiamiento del gasto público en asistencia sanitaria del 73 % al 53 % durante el periodo citado. Si consideramos las transferencias federales al ámbito local, podemos afirmar que el gobierno federal gestionó sólo el 45 % del financiamiento de la asistencia sanitaria pública en 1996, comparado con el 67 % en 1985. Los gráficos 1 y 2 presentan la distribución del gasto en salud pública por gobierno sin y con el balance de las transferencias a los estados y municipios.

En otras palabras, el gobierno federal redujo su participación en el financiamiento del gasto público en asistencia sanitaria del 73 % al 53 % durante el periodo citado.



Una cuestión importante es cómo se distribuye por estado el gasto sanitario federal. No hay reglas. El gobierno federal gasta en estados que tienen todavía establecimientos sanitarios federales, como hospitales y ambulatorios. La concentración de establecimientos sanitarios federales en los estados más ricos hace que el gasto federal sea muy regresivo. Si se tiene en cuenta la suma de los gastos federales, estatales y municipales, estados como el Distrito Federal gastan siete veces más que otros como,

por ejemplo, Bahía.

El gobierno eligió resolver dos asuntos en relación con la descentralización de los recursos sanitarios: la garantía de más recursos y el establecimiento de nuevas normas para transferir fondos del gobierno federal a los gobiernos locales.

Para tratar el primer asunto, el gobierno aprobó una nueva legislación el pasado año mediante la que se establece que, después de 2005, los estados y municipios deben gastar al menos el 12 % y el 15 % de sus ingresos fiscales respectivos en política sanitaria⁵. Se espera que esta medida dará más estabilidad a los movimientos financieros destinados a políticas sanitarias públicas, y que el porcentaje del PIB dedicado al gasto en salud pública se incrementará del 3,3 % al 3,5 %. Esta reglamentación también contribuirá a aumentar todavía más la autonomía financiera en materia de asistencia sanitaria de los estados y municipios.

Para resolver la segunda cuestión, en enero de 2001 el gobierno aprobó nuevas normas para transferir recursos de los municipios utilizando subvenciones globales⁶. Para recibir estas subvenciones, los estados y los municipios deben: 1) dividir el estado en regiones sanitarias; 2) crear planes sanitarios para cada región; 3) establecer una jerarquía de establecimientos sanitarios en cada región según el nivel de complejidad de la clientela; 4) aplicar un criterio para distribuir los recursos del plan sanitario básico ampliado entre los establecimientos. Está previsto que este proceso esté preparado en todo el país a principios de 2002.

b) Autonomía administrativa

A pesar de la mayor autonomía financiera en materia de política sanitaria en los gobiernos locales, los estados y municipios no lograron en los últimos años una autonomía administrativa importante. El SUS es muy rígido en estos principios y reglas y no transfiere recursos federales a los municipios que no están de acuerdo con los principios federales.

En los últimos treinta años los gobiernos de varios países han elaborado algunos principios generales que se consideran buenos métodos para aumentar la equidad, la eficiencia y la sostenibilidad de las políticas de salud pública (véase el recuadro 1). El SUS no ha adoptado la mayoría de estos principios que los estados y municipios no pueden utilizar.

Por estas razones, aun disponiendo de recursos suficientes, los estados y municipios carecen de libertad para probar nuevos medios reglamentarios o administrativos que les permitan gestionar la asistencia sanitaria. El sector público está limitado a las tareas de organización,

⁵ Enmienda Constitucional número 29/2000.

⁶ Véase “Norma Operacional de Assistência a S

| Recuadro 1 |
|---|
| Mejores métodos para mejorar la equidad, la eficiencia y la sostenibilidad de las políticas de salud pública |
| 1) Utilizar la epidemiología como norma para planificar las necesidades del sector de la salud pública. |
| 2) Separar las funciones de financiamiento, organización y prestación de servicios. |
| 3) Utilizar la subvención de la oferta sólo cuando haya restricciones en la oferta de los establecimientos sanitarios y utilizar la subvención de la demanda cuando haya numerosas organizaciones y proveedores en condiciones de competencia reglamentada. |
| 4) Concentrar las subvenciones públicas en las personas sin medios para pagar y utilizar el pago de honorarios y de partes proporcionales para recuperar los costos y moderar la demanda de las personas con recursos para pagar los servicios de salud. |
| 5) Utilizar las subvenciones públicas para financiar un conjunto de servicios rentables que tengan en cuenta las características epidemiológicas, demográficas y socioeconómicas de la población sin recursos para pagar. |
| 6) Utilizar subvenciones públicas complementarias para financiar un conjunto de servicios de costos elevados o riesgos que la población o los seguros privados de salud no podrían mantener. |

compra y suministro de servicios de salud. A pesar del esfuerzo gubernamental por estimular la creación de organismos a cargo de la salud a escala local y de otros mecanismos de participación social, los ciudadanos no pueden utilizar las subvenciones públicas para ejercer su libertad de elección. En estas condiciones existen varios mecanismos para mejorar la calidad, el alcance y la eficiencia de la asistencia sanitaria. La mayoría de los mecanismos públicos de evaluación del funcionamiento local se concentra en los medios y no en los resultados que se reflejan en los indicadores de una mejor salud.

La falta de flexibilidad ha dado lugar a un sistema que gasta proporcionalmente mucho más que lo que corresponde a los resultados logrados. En 1997, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), Brasil gastó 428 dólares estadounidenses per cápita y presentó una esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad de 59 años. Con estos gastos per capita los brasileños podrían vivir 6 años más de manera saludable.

Al aplicar las mismas reglas y criterios a situaciones muy heterogéneas se crea aún más heterogeneidad. En 1997 las tasas de mortalidad infantil en los municipios más pobres del estado de Alagoas fueron casi de 120 por mil mientras que en los municipios con mejores condiciones de vida en Santa Catarina sólo fueron de 15 por mil. Actualmente el gobierno federal crea programas especiales de asistencia sanitaria primaria para paliar las condiciones de salud de los municipios más pobres y reducir las diferencias, pero éstas siguen existiendo.

Movimientos financieros entre el gobierno federal y los estados y municipios

A principios de los años 90 el sector de la salud no estaba financiado. La Constitución de 1988 y la Ley Orgánica del SUS no ofrecían bases jurídicas para aumentar los recursos del SUS durante su expansión prevista. En unas condiciones de inestabilidad fiscal, la ausencia de un impuesto federal concreto para financiar la asistencia sanitaria en Brasil generó presiones para ampliar las bases fiscales del sector federal de la salud. En 1995 el gobierno brasileño creó una contribución provisional al movimiento⁷ financiero para financiar la mayoría de los gastos de salud. Al mismo tiempo, el gobierno brasileño utilizó los mecanismos de endeudamiento del FAT (fondo de ayuda al trabajo), gestionado por el Ministerio del Trabajo, para financiar los costos corrientes y algunas inversiones. En la segunda mitad de los años 90 se había resuelto la mayoría de los problemas con respecto a la salud financiada. Estos recursos fueron fundamentales para la expansión de la descentralización.

Como ya vimos en la sección anterior, las transferencias federales son un medio importante de financiar la descentralización de la asistencia sanitaria en Brasil. Una vez elaborado el presupuesto federal, diversos movimientos financieros podrían dar lugar a

⁷ El nombre oficial es “Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF).

decisorios con respecto al destino de los recursos. Los estados y los municipios pagan directamente a los proveedores sin mayor información acerca de la accesibilidad y calidad de los servicios prestados, creando así una disfunción común en los sistemas basados en la oferta que, en la documentación sobre economía de la salud, se conoce como “relación de tercera parte pagadora”.

Los mecanismos de verificación tradicionales no funcionan bien en un sistema donde los pagos corren por cuenta de terceros. La situación puede explicarse de esta manera: 1) los fondos de salud públicos transfieren recursos directamente a las cuentas bancarias de los proveedores como pago de los servicios prestados conforme a la información sobre los pacientes que se presenta en formularios rellenos o a la aprobación de los servicios ambulatorios; 2) los estados, los municipios o los representantes locales del Ministerio de Salud efectúan verificaciones por muestreo de los servicios y revisan los formularios rellenos con el fin de encontrar errores que podrían justificar la anulación de los pagos a realizar; 3) entretanto, los usuarios no saben si los servicios declarados y cobrados por los proveedores de servicios fueron los que se llevaron a cabo y la entidad que paga no posee la información necesaria para verificar si el pago exigido corresponde a los servicios prestados a los usuarios.

Este proceso ha producido dos tipos de actitud en los proveedores: 1) desinterés por rellenar correctamente los formularios, dado que nadie los examina; 2) aumento de los casos de fraude. Una encuesta en 1995 patrocinada por el Ministerio de Salud permitió saber que el 46 % de los servicios prestados se efectuaban de manera irregular. La estabilización económica posterior a 1994 permitió reducir de manera perceptible los casos de fraude, sobre todo gracias al mayor número de mecanismos de transparencia para actualizar el valor de los pagos realizados por el SUS. Por otro lado, el gobierno estableció a partir de 1999 nuevos medios para controlar y reducir los fraudes por medio de la inscripción de los pacientes y un mejor control social.

No obstante, la mejor forma de reducir los fraudes es eliminando el sistema de pagos efectuados por terceros. Para ello, es necesario aumentar las transferencias a los estados por medio de subvenciones globales y reducir los pagos directos a los proveedores. En la segunda mitad de los años 90 el gobierno brasileño modificó algunos de los mecanismos de transferencia de recursos a los estados y municipios, creando transferencias de subvenciones globales ligadas a conjuntos básicos de actos de asistencia primaria (PAB)⁸. En 1998 el 16 % aproximadamente de los gastos federales se transfirió a los estados y municipios para ocuparse de los PAB (2.000 millones de dólares estadounidenses). La creación de conjuntos básicos amplios de asistencia primaria (PABA)⁹ en 2001, que comprendía actos de complejidad mediana y alta, ampliará la dimensión de las transferencias a los estados y municipios conforme al procedimiento de las subvenciones globales.

⁸ El *Piso de Atenção Básica (PAB)* es un conjunto básico de actos sanitarios económicos con un costo medio per capita de 18 dólares estadounidenses.

⁹ El *Piso de Atenção Básica Ampliado (PABA)* se creó con la NOAS-2001.

Consideraciones finales

La prestación universal de servicios es el tipo de política social que emana y se desarrolla con la expansión del concepto de ciudadanía, con el final de los gobiernos totalitarios de Europa del Este (nazismo, fascismo, etc.), con el predominio de los gobiernos socialdemócratas y, en un segundo plano, con las tendencias eurocomunistas basadas en la idea de que cada ciudadano tiene unos derechos sociales inalienables. De ahí viene la noción de estado del bienestar.

Según este concepto, cada persona tendría derecho, desde su nacimiento, a una serie de bienes y servicios que el Estado debería proporcionarle bien directamente, bien indirectamente gracias a su poder de reglamentación de la sociedad civil. Estos derechos cubrirían desde la salud y la educación en todos los niveles hasta la asistencia a los desempleados con el fin de garantizarles un ingreso mínimo y recursos adicionales para criar a sus hijos, etc.

El Estado brasileño trató de organizar a lo largo de los años 70 y 80 una “imitación” del *estado del bienestar* en un intento por satisfacer algunas demandas de la población sin protección. La diversidad de mecanismos para ofrecer asistencia sanitaria a la población no cubierta y que no contribuía fiscalmente, incluso antes del SUS, son ejemplos claros de este “progreso” hacia la universalidad de los derechos sociales.

Pero el modelo de desarrollo económico y los fundamentos del apoyo financiero de las políticas sociales en Brasil se organizaron de una manera que era incompatible con las ideas de universalidad. Prueba evidente de ello es que, en la práctica, la universalidad es excluyente. En otras palabras, la política social brasileña, además de ser inadecuada para cubrir las necesidades de la población de ingresos más bajos, no sólo en cuanto a cantidad, sino también en cuanto a calidad, en la práctica excluye a los sectores de ingresos medianos y altos, lo cual resulta diferente del tipo de universalidad que se estableció en la mayoría de los países europeos durante la edad de oro del *estado del bienestar*. Estos países utilizan cada vez mayor frecuencia los sistemas privados independientes, tanto en el campo de la salud, como en el de las entidades privadas de beneficencia (abiertas o cerradas).

La Constitución de 1988 encerraba en sí la ideología de la universalidad de las políticas sociales en Brasil en una época en que las condiciones económicas para lograr la universalidad de verdad se habían vuelto cada vez más difíciles. De esta manera, la crisis económica, la crisis de las finanzas públicas y los derechos constitucionales adquiridos se convirtieron desde mediados de los años 90 en uno de los conflictos a los que había que enfrentarse ante una posible reforma del Estado. La crisis del *estado del bienestar* en Brasil se produjo antes de que dicho estado se hubiera establecido totalmente.

El gran dilema de la universalidad en los países europeos tras la crisis de los años 70 consistía en mantener una política social equitativa para individuos iguales en una situación de diversidad social cada vez mayor. Esta condición sólo era posible en función

del alto nivel de homogeneidad logrado por medio de las políticas de ingresos y sociales elaboradas bajo la influencia del concepto de ciudadanía en los años 50 y 60.

Las desigualdades sociales en Brasil son enormes. Los datos de finales de los años 90 muestran que más del 30 % de las familias brasileñas tiene unos ingresos inferiores a dos salarios mínimos. En el nordeste este porcentaje alcanza el 53 %. El 10 % de la población más rica recibe el 52 % de los ingresos, mientras que el 10 % más pobre sólo recibe el 0,7 %. Más del 50 % de las personas que trabajan no contribuye a ningún organismo de ayuda social y en los estados más pobres este porcentaje es superior al 60 %.

Desde mediados de 1995 el sector de la salud en Brasil ha venido apuntando la necesidad de llevar a cabo reformas —muchas de las cuales ya se han emprendido— tanto por parte del Ministerio de Salud, como de las secretarías de salud de los estados y municipios que forman el SUS.

La necesidad de reformas se debe a la opinión generalizada de que el sistema de salud en Brasil presenta, desde su reorganización con motivo de la Constitución de 1988, una serie de contradicciones. La primera de ellas es la oposición entre la combinación descentralizada de los recursos y la gestión del sistema por parte de los estados y municipios y la existencia de un sistema de salud único.

Dado que los estados y los municipios son bastante distintos, tanto en sus grados de desarrollo como en el tipo de problemas de salud que presentan, se aconseja que el sistema sea único en cuanto a sus principios (igualdad, universalidad, etc.), pero no en la forma de gestionarlo ni en la utilización de los recursos. La estructura organizativa debe adecuarse a las características de cada región.

Por otro lado, la descentralización financiera ha de ser más eficaz y permitir que los recursos se transfieran automáticamente a los estados con el fin de facilitar su función de promotores de las innovaciones en la gestión del sistema de salud de cada región. La transferencia de los recursos a los estados y municipios en forma de subvenciones globales haría más fácil este proceso.

Obviamente el sector de la salud en Brasil necesita inversiones. Éstas no debieran concentrarse sólo en las redes públicas de salud, sino también en las redes de beneficencia y en las privadas con el fin de ofrecer servicios pertinentes al país. Asimismo, las inversiones han de hacerse de manera libre, sin partidismos políticos y conforme a las verdaderas necesidades de la población.

Los recursos disponibles o los posibles recursos que pudieran reunirse, tanto para la inversión como para el financiamiento de los servicios de salud en Brasil, no permiten alcanzar un nivel de gastos comparable con el de los países desarrollados. Por otro lado, los datos epidemiológicos muestran la necesidad de definir ciertas prioridades en cuanto a gastos de salud. Por ello, habría que establecer una serie de medidas básicas que constituirían las prioridades de financiamiento de la salud, con las partidas regionales correspondientes. Las medidas que no formen parte de esta serie podrían —e incluso deberían— financiarse siempre que se prevean recursos suficientes para ello.

La lucha contra el fraude también podría mejorarse mucho con la descentralización y la creación de mecanismos de supervisión para fomentar la participación de la sociedad (consejos municipales de salud) en este proceso. Para lograrlo, la planificación de los proyectos de salud ha de ser clara y los mecanismos de supervisión conocidos y aplicados por todos.

La obtención de las cantidades para pagar a los proveedores privados de servicios es la tarea más urgente. Si no es posible lograr los recursos necesarios para ello por medio de los fondos públicos, hay que buscar otros medios en la sociedad para obtenerlos. Podría hacerse por medio de pagos conjuntos o cuotas de recuperación de costos, por parte de los pacientes, siempre que sea posible establecer su situación socioeconómica y evitar los casos de injusticia.

Los sistemas de salud no están desligados de su entorno social, económico y cultural. Sus límites son las condiciones éticas, políticas y culturales que caracterizan su situación. Cuando la sociedad brasileña se haya liberado de los atavismos del populismo, del clientelismo y de la corrupción y empiece a comportarse de una manera más participativa, y con el aumento de la conciencia sobre el control social, será más fácil establecer sistemas de salud eficaces y socialmente más justos.

Bibliografía

AFFONSO, R.B.A y SILVA, P.L.B., “A Federação em Perspectiva: Ensaio Selecionados”, Ed. FUNDAP, São Paulo, 1995.

_____, “Federalismo no Brasil: Descentralização e Políticas Sociais”, Ed. FUNDAP, São Paulo, 1997.

ALBUQUERQUE, C.C.S., “Visão estratégica do sistema de saúde brasileiro”, Porto Alegre, enero de 1997, multicopiado.

AMADEO, E., LEVY, J.V.F., SIGELMANN, D., MELO FILHO, P.G.M., SILVA FILHO, G.A. y FAUSTO, S. “Orçamento Social da União”. Ed. Ministerio da Fazenda, Secretaria de Política Económica, Brasília, diciembre de 2000, multicopiado.

ARRETCHE, M.T. y RODRIGUEZ, V., “Universalizar e Descentralizar a Atenção a Saúde”, Ed. IESP/FUNDAP, São Paulo, 1999, multicopiado.

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (1996), “Cómo Organizar con Éxito los Servicios Sociales”, Progreso Económico y Social en América Latina – Informe 1996, Ed. BID, Washington, 1996.

BANCO MUNDIAL, “Brasil: A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: Uma Agenda para os Anos 90”, Ed. Banco Mundial, Relatório No. 12655-BR, Brasília, enero de 1995.

BRESSER PEREIRA, L. C. (1998), “Reforma do Estado para a Cidadania: A Reforma Gerencial Brasileira na Perspectiva Internacional”, Ed. ENAP/Editora Nacional, 1998.

BRASIL: MINISTERIO DA SAÚDE, Portaria 1882/GM de 18 de dezembro de 1997, “Estabelece o Piso de Atenção Básica e sua composição”.

BRASIL: MINISTERIO DA SAÚDE, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, “Estimativas de Impacto da EC No. 29/00”, Ed. SIOPS, Brasília, diciembre de 2000, multicopiado.

BRASIL: MINISTERIO DA SAÚDE: Emenda Constitucional No. 29/2000, Brasília, 2000.

ENTHOVEN, A., (1997) “Market-Based Reform of U.S. Health Care Financing and Delivery: Managed Care and Managed Competition” in SHIEBER (1997).

LEWIN, M.E. (1985), (org.), “The Health Policy Agenda: Some Critical Questions”, Ed. AEI, Washington (DC), 1985.

LEWIS, M.E. y MEDICI, A.C. (1995), “Private Payers of Health Care in Brazil: Characteristics, Costs and Coverage” in Health Policy and Planning – a Journal on Health in Development”, Ed. Oxford University Press & The London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, Vol. 10., Nr. 4, diciembre de 1995, pp. 362-375.

LEWIS, M.E. y MEDICI, A.C. (1997), “The Challenge of Health Care Reform in Brazil: Balance and Trends”, Technical Notes RE1-97-004, Ed. Banco Interamericano de Desarrollo, mayo de 1997.

LONDOÑO, J.L. y FRENK, J. (1997), “Structured Pluralism: towards an innovative model for Health system reform in Latin America”, Health Policy and Planning, 41:1-36, 1997.

MEDICI, A.C., (1995), “Saúde: Modelos de Gestão Descentralizada – Alternativas para o Brasil”, in VELLOSO et alli, (1995).

MEDICI, A.C., 1997a), “A Economia Política das Reformas de Saúde”, Ed. IAHCs, Porto Alegre, (RS), 1997.

MEDICI, A.C., (1997b), “A Dinâmica do Setor Saúde no Brasil: Transformações e Tendências nas Décadas de 80 e 90”, Cuadernos de la Cepal, No. 82, Ed. CEPAL, Santiago de Chile, 1997.

MEDICI, A.C., “Uma Década de SUS (1988-1998): Progressos e Desafios” in DIAZ, J y GALVÃO, L., “Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil”, Ed. HUCITEC y Population Council, São Paulo, 1999.

MEDICI, A.C., LONDOÑO, J.L., COELHO, O. y SAXENIAN, H. (1997), “Managed Care and Managed Competition in Latin American and The Caribbean” in SHIEBER (1997).

MEDICI, A.C. y MACIEL, M.C.M., “A Dinâmica do Gasto Social nas Três Esferas de Governo” in AFFONSO, R.B., y SILVA, P.L.B., “Descentralização e Políticas Sociais”, Série Federalismo no Brasil, Ed. FUNDAP, São Paulo (SP), 1996.

MENDES, E.V (1998a), “A Pia Entupida: A Política de Serviços de Saúde no Governo Fernando Henrique Cardoso”, Escola de Saúde de Minas Gerais/ Fundação Ezequiel Dias, Texto de Apoio No. 3, Belo Horizonte (MG), marzo de 1998.

MENDES, E.V, (1998b) “O Sistema de Serviços de Saúde no Brasil”, Ed. OPS., multicopiado, Brasília, septiembre de 1998.

MILLER, V.J. (1985), “Recent Changes in Federal Grants and State Budgets” in LEWIN (1985).

MUSGROVE, P. (1995), “Cost Effectiveness and Health Sector Reform”, Human Resources Development and Operational Policy Working Papers 48, Banco Mundial, Washington (DC), 1995.

MUSGROVE, P. (1996), “Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns”, World Bank Discussion Paper 339, Washington (DC), 1996.

OLIVEIRA JR., M., “Critérios para repasse dos recursos federais/ Papel Redistributivo do Governo Federal e Estadual no Financiamento a Saúde”, Ed. NESCON/UFMG, multicopiado, enero de 2001.

SHIEBER, G.J. (1997), “Innovations in Health Care Financing: Proceedings of a World Bank Conference – march 10-11, 1997”, World Bank Discussion Paper, No. 365., Washington (DC), julio de 1997.

THE WORLD BANK (1989), “Brazil – Adult Health in Brazil: Adjusting to New Challenges”, Report No. 7807-BR, Banco Mundial, Washington (DC), 14 de noviembre de 1989.

THE WORLD BANK, (1994), “Brazil – The Organization, Delivery and Financing of Health Care in Brazil: Agenda for the 90’s”, Banco Mundial, Washington (DC), 30 de junio de 1994.

THE WORLD BANK (1996), “Brazil – Health Sector Reform Project: Staff Appraisal Report”, Ed. Banco Mundial, Washington (DC), 21 de mayo de 1996.

THE WORLD BANK, Operational Evaluation Department, “The Brazil Health System: A Sector Impact Study”, Washington, marzo de 1998, multicopiado.

VELLOSO, J.P.R., ALBUQUERQUE, R.A., KNOOP, J (coords) (1995), “Políticas Sociais no Brasil: Descentralização, Eficiência e Equidade”, Ed. Forum Nacional/INAE e ILDES/Fundação Friedrich Ebert, Rio de Janeiro, (RJ), 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000) – “The World Health Report (WHR) 2000: Health Systems Improving Performance”, Ginebra, 2000.