PERFIL DE LOS SISTEMAS DE SALUD

BRASIL

MONITOREO Y ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE CAMBIO Y REFORMA DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Febrero, 2008

USAID DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Organização Pan-Americana da Saúde
Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde

BRASIL
PERFIL DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio/Reforma

Brasilia, D.F., Brasil, Febrero de 2008

La versión electrónica de este documento está disponible en el sitio electrónico Fortalecimiento de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe y puede accederse a www.lachealthsys.org. Para cualquier consulta con respecto a este documento sírvase contactar con info@lachealthsys.org.

Esta publicación fue producida por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y fue posible a través del apoyo prestado por la oficina de Desarrollo Regional Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), según lo estableció el convenio No. LAC-G-00-07-00001. Las opiniones expresadas en esta publicación son aquellas del autor y no necesariamente reflejan los puntos de vista de USAID.

Este documento puede reproducirse y/o traducirse, en parte o en su totalidad, sólo si se usa sin fines comerciales.

AGRADECIMIENTOS

La elaboración de la presente edición del "Perfil del sistema de salud del Brasil" contó con el aporte de los técnicos que se mencionan a continuación y que fueron invitados a participar en la reunión en la que se examinó el texto base, realizada el 31 de enero de 2008 en la Representación de la Organización Panamericana de la Salud en el Brasil. La responsabilidad de la edición y revisión final del documento quedó a cargo de la División de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS, Washington, DC.

- Elizabeth Barros
- Solón Magalhães Vianna
- Déa Carvalho
- Secretaría de Gestión del Trabajo del Ministerio de Salud:
  Teresa Maria Passarella
  Claudia Marques
- Secretaría de Ciencia y Tecnología del Ministerio de Salud:
  Auristela Maciel Lins
- Departamento de Apoyo a la Descentralización del Ministerio de Salud*:*
  Johnson Araujo
- Secretaría de Vigilancia Sanitaria del Ministerio de Salud:
  Dácio de Lira Rabello Neto
- Secretaría de Gestión Participativa del Ministerio de Salud:
  André Bonifácio de Carvalho
- CONASEMS:
  José Veloso Junior
- CONASS:
  Jurandir Frutuoso
- IPEA:
  Sérgio Piola
- UFRJ:
  Lígia Bahia
- OPS:
  Julio Suárez
  João Baptista Risi
  José Gerardo Moya
  Rosa Maria Silvestre

Índice

Abreviaturas **6**

Resumen **8**

1. CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD **10**
1.1. Contexto económico 11
1.2. Contexto social 13
1.2.1. Determinantes sociales 13
1.2.2. Demografía 14
1.3. Principales problemas de salud 15
1.3.1. Mortalidad y sus causas 15
1.3.2. Neoplasias y enfermedades del aparato circulatorio 16
1.3.3. Causas externas: violencia y accidentes 17
1.3.4. SIDA 18
1.3.5. Tuberculosis 18
1.3.6. Malaria y dengue 18
1.4. Acceso y cobertura de los servicios de salud 19
1.5. Objetivos de desarrollo del milenio (ODM) 20

2. FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD **22**
2.1. Caracterización del sistema de salud 22
2.2. Dirección (Rectoría) 22
2.2.1. Descripción de la autoridad sanitaria 22
2.2.2. Conducción de la política nacional de salud 25
2.2.3. Regulación sectorial 29
2.2.4. Desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) 32
2.3. Financiamiento, gasto y asignación de recursos 32
2.4. Suministro de servicios 36
2.4.1. Oferta y demanda de servicios de salud 36
2.4.2. Desarrollo de la fuerza laboral en el campo de la salud 39
2.4.3. Gestión de recursos humanos y condiciones de empleo 40
2.4.5. Gobernabilidad y conflicto del sector salud 43
2.4.6. Medicamentos y otros productos sanitarios 44
2.4.7. Equipos y tecnología 47
2.4.8. Calidad de los servicios 48
2.5. Mapeo institucional del sector salud 49

3. SEGUIMIENTO DE LOS PROCESOS DE CAMBIO Y REFORMA **50**
3.1 Efectos sobre las funciones del sistema de salud 50
3.2. Efecto sobre los principios orientadores de las reformas 50
3.2.1. Equidad 50
3.2.2. Cobertura 51
3.2.3. Disponibilidad y distribución de recursos 52
3.2.4. Acceso 53
3.2.5. Efectividad 54
3.2.6. Eficiencia 56
3.2.7. Sostenibilidad 56
3.2.8. Participación social 57
3.3. Actores 57

4. CONSIDERACIONES FINALES **60**

Documentos consultados **61**

Cuadros

Cuadro 1: Indicadores económicos del Brasil, 1990-2005 12
Cuadro 2: IDH - Posición del Brasil en la clasificación de 2005-2006 13
Cuadro 3: Características de los domicilios particulares permanentes (% del total), Brasil, ... 14
Cuadro 4: Tasa de mortalidad por diversas causas en el Brasil 19
Cuadro 5: Objetivos de desarrollo del milenio 21
Cuadro 6: Gasto federal en salud del Brasil, por subsector y función, 2005-2006 33
Cuadro 7: Número de establecimientos de salud por región, Brasil, 1985-2005 37
Cuadro 8: Camas de hospitalización en establecimientos de salud por esfera administrativa, ... 37
Cuadro 9: Personal que trabaja en establecimientos de Salud, Brasil, 2005 41
Cuadro 10: Personal de nivel superior, por región, Brasil, 2005 42
Cuadro 11: Personal de nivel técnico y auxiliar contratado en establecimientos de salud, por región, Brasil, 2005 42
Cuadro 12: Medicamentos registrados por ANVISA por categoría, Brasil, 2005 45
Cuadro 13: Principales gastos del MS en medicamentos, Brasil, 2002 – 2005 45
Cuadro 14: Etapas de los procesos de cambio e incidencia sobre las funciones del sistema de salud 50
Cuadro 15: Equipos de diagnóstico por imagen por esfera administrativa y región, Brasil, 2005 51
Cuadro 16: Consultas y hospitalizaciones en el sistema público, Brasil, 1987, 1995, 2000 y 2005 52
Cuadro 17: Gasto en salud, Brasil, 2004 52
Cuadro 18: Gasto público en salud ejecutado, Brasil, 2000-2005 52
Cuadro 19: Profesionales de salud por 1.000 habitantes, por región, Brasil, 1995 y 2005 53
Cuadro 20: Distribución regional de camas de hospital por 1.000 habitantes, Brasil, 1990-2005 53
Cuadro 21: Número de personas según la busca por atención sanitaria, Brasil, 2003 54
Cuadro 22: Indicadores específicos, por región, Brasil, 1995, 2002 y 2004 54
Cuadro 23: Mortalidad infantil por región, Brasil, 1997, 2000, 2002 y 2004 55
Cuadro 24: Mortalidad proporcional por causas específicas, por región, Brasil, 1995, 2000 y 2004 55
Cuadro 25: Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer, por año y región, Brasil 55
Cuadro 26: Saneamiento básico, Brasil, 1995-2004 56
Cuadro 27: Reorganización del sistema público de salud del Brasil: Procesos y actores 59

Gráficos

Gráfico 1: Tasa de crecimiento (%) del PIB y el PIB per cápita en el Brasil, 2000-2007 11
Gráfico 2: Evolución de la desigualdad de la renta familiar per cápita en el Brasil, 1995-2004 13
Gráfico 3: Número de camas por 1.000 habitantes, por región, Brasil, 1999-2005 38
Gráfico 4: Médicos por 1.000 habitantes, por estado, Brasil, 1999, 2002, 2005 43
Gráfico 5: Mercado farmacéutico del Brasil, Valor de las ventas, 1997- 2006 44

Figuras

Figura 1: Densidad demográfica del Brasil, 2001 11
Figura 2: Pirámides etarias del Brasil, 2000 y 2020 15
Figura 3: Organigrama básico del Ministerio de Salud de Brasil 24
Figura 4: Organización del sistema de salud del Brasil 49
Figura 5: Estructura institucional y de decisiones del SUS 50

Abreviaturas

AMS	Encuesta de asistencia médico-sanitaria, a cargo del IBGE
ANS	Agencia Nacional de Salud Complementaria
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria
BNDES	Banco Nacional de Desarrollo Económico y Social
CF 88	Constitución Federal de 1988
CIB	Comisión Intergerencial Bipartita
CIT	Comisión Intergerencial Tripartita
CNS	Consejo Nacional de Salud
EC 29	Enmienda Constitucional No. 29
ENSP	Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca
FESP	Funciones Esenciales de Salud Pública
PAB	Fondo de atención básica
FNS	Fondo Nacional de Salud
FIOCRUZ	Fundación Oswaldo cruz
FUNAI	Fundación Nacional del Indio
FUNASA	Fundación Nacional de Salud
IBGE	Instituto Brasileño de Geografía y Estadística
IDB	Indicadores y datos básicos de salud
IDH	Índice de Desarrollo Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previsión Social
IPA	Índice parasitario anual
IPEA	Instituto de Investigación Económica Aplicada
ME	Ministerio de Educación
MH	Ministerio de Hacienda
MPP	Ministerio de Planificación y Presupuesto
MS	Ministerio de Salud
ODM	Objetivos de desarrollo del milenio
ONA	Organización Nacional de Acreditación
PIB	Producto interno bruto
PNS	Plan nacional de salud
PPA	Plano plurianual
PSF	Programa Salud Familiar
Reforsus	Programa de apoyo a la reorganización del Sistema Único de Salud
RIPSA	Red Interinstitucional de Información Sanitaria
RNIS	Red Nacional de Información Sanitaria
SAMU	Servicio de atención móvil de urgencia
SAS	Secretaría de Atención Sanitaria
SC&T	Secretaría de Ciencia y Tecnología
SE	Secretaría Ejecutiva
SES	Secretaría Estatal de Salud
SEGETES	Secretaría de Gestión del Trabajo y Educación en Salud
SIM	Sistema de información sobre mortalidad
SINASC	Sistema de información sobre nacidos vivos
SIOPS	Sistema de información sobre presupuesto público en salud
SIS	Secretaría de Gestión de Inversiones del MS
SMS	Secretaría Municipal de Salud
SUS	Sistema Único de Salud
SVS	Secretaría de Vigilancia Sanitaria

Resumen

La reforma sanitaria del Brasil comenzó inmediatamente después de la promulgación de la Constitución Federal de 1988, en la que se que se estableció la salud como derecho social universal y se determinó que el Estado era responsable de garantizar las condiciones para su pleno ejercicio. En los veinte años transcurridos, han sido bastante diversos los contextos económicos y sociales del país, y si bien pueden enumerarse muchos avances, son también numerosos los desafíos que aún deben encararse para alcanzar los objetivos. En los últimos años, el control de la inflación, el reinicio del crecimiento económico, la reducción de la desigualdad de ingresos y la expansión del empleo formal han permitido un mejoramiento sostenido de las condiciones de vida de la mayor parte de la población, lo que se refleja en las condiciones de salud; de allí que el gobierno considere factible el logro de las metas estipuladas en los objetivos de desarrollo del milenio (ODM).

En las últimas décadas, el perfil epidemiológico del país ha registrado importantes transformaciones, con un aumento de la relevancia de las enfermedades crónicas, que se convirtieron en causas principales de mortalidad, y una significativa persistencia de enfermedades endémicas y transmisibles en el cuadro de morbilidad, especialmente en las regiones Norte, Nordeste y Centro-Oeste. La tasa de mortalidad infantil presentó una reducción del 40% entre 1991 y el 2003. No obstante, la desigualdad en la tasa de mortalidad infantil sigue siendo significativa entre los diferentes estratos socioeconómicos de la población y entre los diferentes estados. En 2004, la mortalidad materna se calculó en 76,1 defunciones por causas maternas por cada 100.000 n.v. También existen importantes diferencias regionales. En la región Sudeste, donde se observan las tasas más bajas, los valores llegan a 43,2 defunciones por 100.000 n.v.

El sistema de salud del Brasil es mixto, segmentado y, según el origen de los recursos, está compuesto por dos subsistemas: uno público y otro privado. En el subsistema público existen dos segmentos: (i) el primero, de acceso universal y gratuito (todos los ciudadanos tienen derecho al mismo), íntegramente financiado con recursos públicos y denominado Sistema Único de Salud (SUS); y (ii) el segundo, de acceso restringido a los funcionarios públicos (civiles y militares), financiado con recursos públicos y contribuciones de los empleados. En el subsistema privado se distinguen también dos segmentos, ambos beneficiados con alguna forma de incentivo fiscal: (i) el primero reúne los planes y seguros de salud, denominado sistema complementario, de afiliación voluntaria, no obligatoria, financiado con recursos de los empleadores y los empleados (en el caso de los contratos colectivos de las empresas) o exclusivamente por las familias; y (ii) el segundo ofrece acceso directo a proveedores privados mediante pago al momento de la prestación de los servicios asistenciales. Para el 75% de la población, el sistema público es el único acceso a la atención de salud.

Durante el 2003, el número promedio de consultas médicas per cápita declaradas (obtenidas mediante una encuesta poblacional) fue de 2,4 por habitante/año, con desigualdades importantes: 2,6 consultas en la población urbana y 1,8 en la población rural. Igualmente importantes fueron las diferencias en cuanto a las clases de ingreso familiar mensual: el número de consultas per cápita/año variaba de 2,2 entre las personas con ingresos de hasta 1 salario mínimo a 3,1 en el caso de las personas con más de 20 salarios mínimos. La misma encuesta reveló que el 98% de las personas que buscaron atención durante el período de referencia consiguió obtenerla, y que apenas el 2,2% de las personas manifestó haber tenido dificultades de acceso a la atención y los servicios de salud. En 2005, el Ministerio de Salud calculó que el SUS ofrecía 2,5 consultas per cápita.

Aunque el país no dispone de un sistema de cuentas nacionales en salud, los cálculos estimativos indican que, en el 2004, el gasto total representaba 8,8% del PIB, y que el gasto público en salud para ese año fue de R$65,1 mil millones, monto equivalente a apenas el 3,4% del PIB. El gasto público per cápita era de EU$121 dólares corrientes o EU$306 PPA per cápita (dólar ajustado por la paridad de poder adquisitivo, o PPA). El gasto federal por concepto de medicamentos ascendió a R$4,5 mil millones en 2005. Los medicamentos estratégicos y los medicamentos de alto costo, cuyo empleo se define mediante protocolos específicos, representaron el 66,4% del gasto federal en medicamentos en 2005. El gasto de las familias permanece elevado; en 2003, representó el 13,9% del gasto promedio mensual de las familias de menores ingresos. La mayor parte de ese gasto —58,9%— se destinó a la adquisición de

medicamentos. En la franja de mayor nivel socioeconómico, el renglón de gastos en salud de mayor relevancia fue el pago de planes de salud (37,9% del gasto en salud), y el 21,4% del gasto promedio mensual de las familias correspondía a gastos en salud.

Los servicios del sistema público de salud se suministran a través de la red pública de servicios y establecimientos privados, los cuales tienen una fuerte presencia en la oferta de servicios hospitalarios, de diagnóstico y de acciones terapéuticas. Los establecimientos públicos tienen presencia destacada en la oferta de acciones y servicios de salud pública y en la atención ambulatoria. La red pública está integrada por 59.177 establecimientos de salud; de los cuales 47.110 (79,6%) presta atención ambulatoria. En el 2005, el país disponía de 443.210 camas de hospitalización en los centros de salud, de las cuales apenas el 34% pertenecía a instituciones públicas. Sin embargo, el 88% de las camas disponibles en el país están acreditadas para utilizarse en el sistema público universal. En el 2005, los centros de servicios de salud, públicos y privados, comprendían 1,6 millón de empleos, incluidos el personal técnico y auxiliar y el personal de nivel superior.

A partir de mediados de la década de los noventa, se estimuló el fortalecimiento de la atención básica como estrategia para reducir la desigualdad de acceso y fomentar la reorientación del modelo de atención de salud, excesivamente centrado en la atención hospitalaria. Los mecanismos más importantes utilizados para ampliar la cobertura y reducir las desigualdades interregionales fueron el Piso de atención básica (PAB), un mecanismo de transferencia de recursos sobre una base per cápita, y el Programa de Salud de la Familia (PSF). El PSF ofrece atención sanitaria a una población definida, en un territorio determinado, mediante la asignación de pacientes a un equipo multiprofesional, compuesto por al menos un médico, un enfermero, auxiliares de enfermería y agentes comunitarios de salud.

El sistema público ofrece servicios a una escala enorme. En el 2006, llegaba a 87 millones de personas que fueron atendidas por 27.000 equipos de salud familiar, presentes en el 92% de los municipios brasileños. El sistema registró ese año la provisión de 2.300 millones de procedimientos ambulatorios y 300 millones de consultas médicas. El SUS sumó cerca de 12 millones de hospitalizaciones durante el 2006, con una permanencia promedio de 5,9 días[1]. Se realizaron 15.000 trasplantes y más de 200.000 cirugías cardíacas.

No obstante, existen limitaciones que deben superarse y desafíos que deben encararse. Velar por el acceso universal a la totalidad de la atención, resolviendo especialmente las dificultades de acceso a la atención de mediana complejidad, exige una política de inversiones orientada a ese objetivo, dirigiendo los esfuerzos hacia la organización de redes regionales resolutivas, con la expansión y calificación de la red pública de servicios. Mejorar la calidad y eficacia de los servicios ofrecidos entraña esfuerzos para asegurar la obtención de equipos, la disponibilidad de insumos, medidas de calificación y actualización permanente de los profesionales, además de inversiones para mejorar las relaciones interpersonales entre los profesionales y entre estos y los usuarios. Para ello, es indispensable garantizar un flujo de recursos en una cantidad adecuada, como requisito para consolidar los avances y lograr las mejoras que aún se necesitan.

[1] MS/DATASUS.

PERFIL DEL SISTEMA DE SALUD DEL BRASIL[2]

1. CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD

La República Federativa del Brasil posee un área total de 8,5 millones de km² y está formada por 26 estados, un Distrito Federal y 5.560 municipios. Cada una de las esferas de gobierno tiene autonomía política, fiscal y administrativa, con algunas atribuciones exclusivas y otras concurrentes, además de responsabilidades compartidas.

El régimen de gobierno es presidencialista. El estado democrático de derecho que lo caracteriza tiene como objetivos fundamentales los establecidos en la Constitución Federal de 1988. Estos incluyen: "i) *construir una sociedad libre, justa y solidaria; ii) garantizar el desarrollo nacional; iii) erradicar la pobreza y la marginación y reducir las desigualdades sociales y regionales; y iv) promover el bien de todos, sin distingos de origen, raza, sexo, color, edad ni ninguna otra índole".* (Art. 3º).

Las unidades federales se distribuyen en cinco macrorregiones: Norte, Nordeste, Sudeste, Sur y Centro-Oeste, con características climáticas, sociales y económicas bastante diversas.

La selva amazónica abarca la mayor parte de la región Norte. Esta región está integrada por 7 estados y 449 municipios de extensas áreas. Con una población total de unos 13 millones de habitantes, presenta una densidad demográfica inferior a 1 habitante/Km². En esta región se concentra más de 50% de la población indígena del país. , Sus actividades económicas predominantes son la agricultura y la extracción. Esta región enfrenta serias dificultades de comunicación y transporte.

La región Nordeste tiene 1.792 municipios distribuidos en 9 estados, y reúne al 29% de la población del país. Presenta una elevada densidad demográfica en la franja costera y una población dispersa en el interior. Concentra la mayor proporción de pobres del país (el 55,3% de su población vive con hasta medio salario mínimo de ingreso familiar per cápita) y el 53% de la población rural del país. Las actividades económicas predominantes son la agricultura de subsistencia, la ganadería extensiva y el monocultivo de caña y algodón. En algunos estados se están consolidando polos industriales, promovidos por la exploración petrolera costa afuera.

En la región Sudeste se concentra la actividad industrial del país, así como las instituciones financieras y de servicios más importantes. En sus 4 estados, que suman 1.668 municipios, reside el 44% de la población del país y 92% vive en zonas urbanas. Esta región tiene el porcentaje más grande de empleo formal, y el ingreso familiar per cápita promedio oscila entre R$326,00 y R$501,00. Acá se observa también el mayor grado de escolaridad: el promedio de años de estudio de la población mayor de 25 años es la más alta del país (7 años). En la región se encuentran también las zonas metropolitanas más grandes del país: São Paulo, Río de Janeiro y Belo Horizonte.

Los 3 estados de la región Sur totalizan 1.188 municipios donde vive el 15% de la población. Es la región que presenta la menor desigualdad en cuanto a la distribución de los ingresos (el índice de GINI en la región es 0,522, mientras que en el Nordeste es 0,564) y la tasa más baja de analfabetismo del país (6,4% contra 23,2% en la región Nordeste y 11,6% como promedio del país).

La región Centro-Oeste abarca 3 estados, con 463 municipios, y el Distrito Federal, donde se encuentra la capital del país. En esta región reside apenas el 7% del total de la población. Su economía es fuertemente liderada por la agroindustria de la soja y la ganadería.

[2] Texto elaborado a finales de 2006 y actualizado en junio de 2007 por Elizabeth Barros. Revisión final realizada por ella misma en febrero de 2008 con la colaboración de especialistas del MS y consultores invitados.

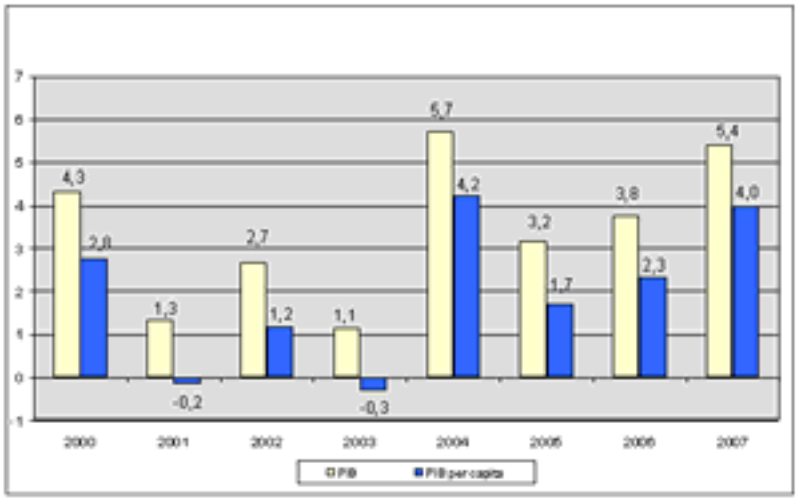
Figura 1: Densidad demográfica del Brasil, 2001

Fuente: IBGE

1.1. Contexto económico

El desempeño de la economía brasileña, reflejado en el comportamiento del Producto Interno Bruto (PIB), ha oscilado considerablemente durante la última década. El crecimiento promedio real anual del PIB entre 1995 y el 2004 fue del 2,4%, y el PIB per cápita fue del 0,9%. La tasa de crecimiento fue de 0,52% en el 2003, con un repunte en el 2004, cuando llegó al 5,2%, por la fuerte influencia del crecimiento industrial (6,2%), cuyo ritmo no se mantuvo en los años siguientes. En los años 2005 y 2006, las tasas de aumento del PIB fueron, respectivamente, 3,5% y 3,7%. En valor per cápita esto corresponde a EU$5.720. El crecimiento de la economía se aceleró en el 2007, con una tasa de expansión del PIB del 5,4%.

Gráfico 1: Tasa de crecimiento (%) del PIB y el PIB per cápita en el Brasil, 2000-2007



Fuente: IBGE, Dirección de Encuestas, Coordinación de Cuentas Nacionales.

No obstante el gran esfuerzo fiscal para producir un superávit primario, la deuda neta del sector público se mantuvo estable al cierre del 2005 en relación con el PIB (51,6% del PIB) y con un valor nominal récord (R$1.002 billones). Esta cifra obedece al pago de intereses, que sumaron R$157,1 mil millones, generando un déficit nominal de R$63,6 mil millones.

La última década se ha caracterizado por un esfuerzo por estabilizar la economía. Las políticas de control de la inflación y contención del gasto público resultaron en la reducción de la actividad económica y el aumento de la tasa de desempleo. En el 2003, casi el 10% de la población económicamente activa estaba desempleada; en las zonas metropolitanas, la tasa promedio de desempleo llegó al 12,3%. A partir del 2004, se inició un proceso de discreta recuperación de la economía y el empleo: la tasa promedio de desempleo descendió al 11,5%.

El porcentaje de personas empleadas en la población mayor de 10 años (nivel de ocupación) pasó del 56,5% al 57,0% entre 2004 y 2005. El número de personas empleadas presentó un crecimiento considerable (2,9%), que en términos absolutos representa un aumento de cerca de 2,5 millones personas, de las cuales el 52% eran mujeres. Esta mayor participación femenina subraya la inserción creciente de las mujeres en el mercado laboral. Entre el 2004 y el 2005, el nivel de ocupación femenina subió del 45,6% al 46,4%, mientras que el de la población masculina presentó un crecimiento menos significativo (68,2% a 68,3%). La población femenina empleada aumentó un 3,7%, mientras que la masculina se incrementó un 2,4% en el mismo período.

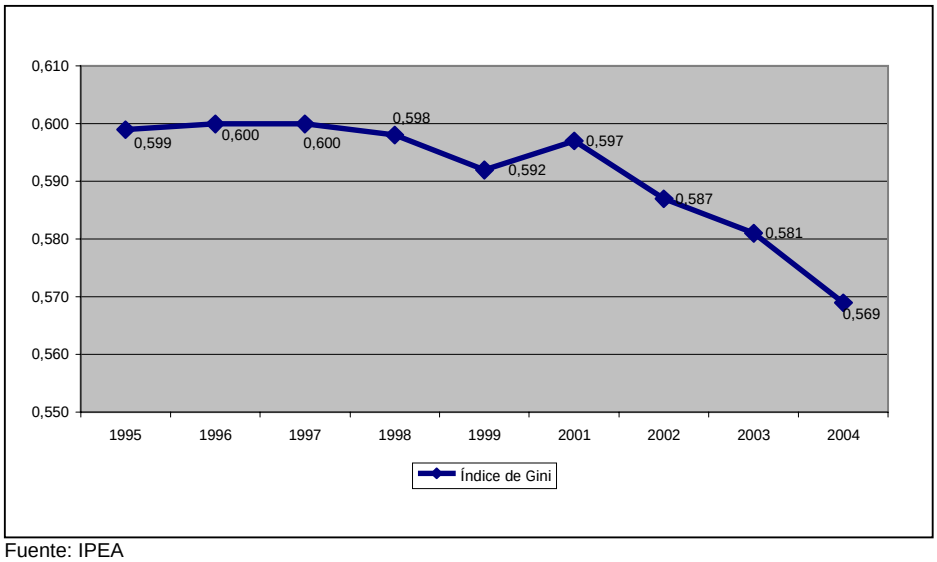
Cuadro 1: Indicadores económicos del Brasil, 1990-2005

Indicador	1990	1995	2000	2005
PIB precios constantes - R$ mil millones 2005**	1,338	1,557	1,738	1,937
PIB - precios constantes - US$ mil millones 2005**	549.44	639.37	713.69	795.41
PIB per cápita a precios constantes 2005 - US$**	3,750	4,025	4,169	4,320
Tasa de Inflación anual (IPCA)**	350.35	20.41	5.83	5.55
Deuda pública total del sector público, como porcentaje del PIB (Dez.)**	42.3	30.8	49.4	51.5
Población económicamente activa - PEA urbana (mil)*	50,593	54,844	63,419	69,805
Fuente: * IBGE; **IPEA				

La reducción de la inflación y la disminución gradual de las tasas de interés produjeron el calentamiento de la economía en el 2005, con expansión del empleo y aumento de las rentas, especialmente en el sector de la población con menores ingresos. No obstante, según el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), si bien la remuneración promedio de los asalariados registró una ganancia real en 2005 en relación con el año anterior, arrojó una pérdida real de 15,1% respecto del ingreso de 1996, año en que alcanzó su punto máximo desde principios de los años noventa. Este cambio resultó en una ligera reducción de la desigualdad de ingresos, continuando con la lenta tendencia de disminuir la concentración de los ingresos. El grado de desigualdad de ingresos en el Brasil declinó un 4%. Este descenso se dio de manera continua. Los ingresos del 20% más pobre del país crecieron cerca del 5% al año durante el período, mientras que para el 20% más rico disminuyeron un 1%.

El Índice de Gini aplicado a la renta familiar per cápita cayó de 0,599 en 1995 a 0,569 en el 2004. No obstante, según el Catastro General de Empleados y Desempleados (CAGED), del Ministerio del Trabajo, el estrato que gana por encima de tres salarios mínimos (más de R$1.050) registró un saldo negativo de casi 2 millones de empleos formales entre el 2000 y el 2006, mientras que el ingreso de quien consiguió obtener trabajo con un sueldo superior a los R$1.050 cayó un 46% en términos reales durante el mismo período.

Gráfico 2: Evolución de la desigualdad de la renta familiar per cápita en el Brasil, 1995-2004



Fuente: IPEA
* Índice de Gini: Mientras más cerca de *cero*, mayor es la igualdad; cuanto más cerca de *uno*, mayor la desigualdad.

1.2. Contexto social

1.2.1. Determinantes sociales

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) es una síntesis de cuatro indicadores y expresa el comportamiento del PIB per cápita, la esperanza de vida, la tasa de alfabetización de las personas mayores de 15 años y la tasa bruta de matriculación en los tres niveles de enseñanza (relación entre la población en edad escolar y el número de personas matriculadas en la educación primaria, media y superior). Entre el 2005 y el 2006, el principal cambio en el cálculo del IDH ocurrió en el último indicador. En ediciones anteriores, los datos de 32 países (como el Brasil, Argentina, el Reino Unido y Suecia) incluían los números de los programas de educación de adultos. Actualmente, esos datos se han excluido para lograr una comparación más precisa con otros países. A pesar de este cambio, el IDH brasileño pasó del 0,788 en el 2003 al 0,792 en el 2004. De esta manera el país se encuentra entre las 83 naciones con desarrollo humano medio (IDH entre 0,500 y 0,799).

Cuadro 2: IDH - Posición del Brasil en la clasificación de 2005-2006

	HDI Renta	HDI Educación	HDI Salud
Brasil	0,74	0,88	0,76
América Latina	0,73	0,87	0,79
Mondo	0,75	0,77	0,71
Países ricos	0,96	0,98	0,90

Una parte significativa de la población brasileña carece aún de viviendas adecuadas. Un 2,4% de las viviendas del país se clasifican como estructuras domiciliarias rústicas[3]. El porcentaje de este tipo de viviendas es más elevado en las regiones Norte (6,0%) y Nordeste (5,6%). En la región Sudeste, apenas el 0,6% de las viviendas son rústicas. El acceso al agua tratada ha venido ampliándose en los últimos años, pero todavía un 17% de las viviendas no posee conexión a la red general de agua. El IBGE considera adecuado el saneamiento cuando

[3] Se denominan rústicas las viviendas cuyas paredes externas se construyeron con material clasificado como no duradero, por no ser apropiado para edificación (madera aprovechada de embalajes, tapia no revestida, adobe, paja etc.).

se cuenta con un pozo séptico o se está conectado a la red colectora de desagües. Casi el 30% de los domicilios particulares permanentes no dispone aún de ese servicio, que sigue siendo un gran desafío. Si bien se amplía de manera constante, es aún el servicio con menor cobertura: entre el 2001 y el 2005 pasó del 45,4% al 49,0%. La recolección de basura y la conexión a la red eléctrica son los servicios con mayor alcance. En 2005, el 86,8% de los domicilios particulares permanentes tenía recolección de basura y el 97,7% de los mismos tenía conexión a la red eléctrica.

Cuadro 3: Características de los domicilios particulares permanentes (% del total), Brasil, 2001 y 2005

Condición	2001	2005
Con saneamiento adecuado	66,8	70,4
Conectados a la red general de agua	81,1	83,4
Con recolección de basura	83,2	86,8
Con iluminación eléctrica	95,6	97,7

Fuente: IBGE, PNAD 2005

La tasa de analfabetismo entre las personas mayores de 10 años se situó en un 10,2% en el 2005, mientras que el de las personas mayores de 15 años se ubicó en un 11,1%. Estos porcentajes reflejan una disminución en relación al 2001, cuando llegó al 14,7%. Este indicador varió del 5,4%, en la región Sur al 20,0% en la región Nordeste y al 10,7% en la región Norte. La tasa de analfabetismo en el grupo de 10 a 14 años de edad bajó del 9,9% en 1995 al 3,2% en el 2005, como resultado de la política educativa aplicada, sobre todo en la última década. En el Nordeste, que presenta las tasas más altas, el indicador descendió del 23,9% en 1995 al 7,0% en el 2005.

Los niveles de escolarización por género mostraron valores similares en 2005, si bien en las mujeres se mantuvo uno poco más elevado que entre los hombres. En el grupo de 5 a 17 años de edad, el porcentaje de personas que no asistía a la escuela fue del 9,1% para los hombres y del 8,4% para las mujeres. El acceso a la educación media sigue siendo precario: entre los 15 y los 17 años de edad, el 18,8% de los hombres y el 17,8% de las mujeres no asiste a la escuela.

El número promedio de años de estudio en el total de la población mayor de 10 años (6,7 años) fue menor que en el grupo de personas empleadas (7,4 años). En los mayores de 25 años, el número promedio de años de estudio fue 6,6 años, en las personas empleadas de este grupo etario, este valor era de 7,2 años. Apenas el 27,2% de los mayores de 10 años alcanzó más de 11 años de estudio. También en este indicador las mujeres ocupan una mejor posición: el 28,9% de la población femenina presentaba 11 o más años de estudio, mientras en los hombres esa proporción era del 25,5%. En la población empleada, el 41,5% de las mujeres y el 31% de los hombres tenían 11 o más años de estudio.

1.2.2. Demografía

En el 2005, la población del Brasil era de 184 millones de habitantes, 83% de los cuales vivían en zonas urbanas. La población femenina representa el 51%. El número de mujeres supera al de los hombres en todas las regiones del país, y esa desproporción se amplía en las franjas de mayor edad: mientras que en la población total hay un 5,2% más de mujeres que de hombres, en los mayores de 60 años ese porcentaje llega al 28,0%.

El registro de la población según el color o la raza se obtiene por autodeclaración. La población blanca representa la mitad de la población, mientras que el 49% se autodenomina negra o mulata. En las zonas rurales, este porcentaje asciende al 61%. Existen importantes variaciones regionales en la composición por color o raza. Las personas blancas constituyen el 58,5% de la población de la región Sudeste y el 80,8% de la región Sur. Las personas mulatas y negras predominan en las regiones Norte (71,5%) y Nordeste (63,1%). La distribución es, en cambio, mucho más equilibrada en la región Centro-Oeste (49,9% de negros y mulatos).

Según el IBGE (PNAD, 2005), los indígenas (353.000 brasileños) representarían el 0,19% de la población. Sin embargo, la Fundación Nacional del Indio (FUNAI) calcula una población de cerca de 460.000 indígenas, distribuidos entre 225 sociedades indígenas, lo que elevaría el porcentaje al 0,25%.

La pirámide etaria nacional ha venido modificándose aceleradamente. En el 2005, la población menor de 14 años representaba el 26,5% del total y el 9,7% de los habitantes eran mayores de 60 años. La tendencia demográfica es hacia el envejecimiento. Los cálculos estimativos del IBGE apuntan a unos 260 millones de habitantes para el 2050, con una proporción de habitantes menores de 14 años del 18% y de personas mayores de 60 años también del 18%.

La razón de dependencia, que era 73,2 en 1980, disminuyó a 54,4 en 2000 y a 50% en el 2005. Entre los principales factores responsables de esta disminución se destaca el brusco descenso de la tasa de fecundidad en las últimas décadas, que ha producido el estrechamiento de la base de la pirámide etaria y el rápido envejecimiento de la población. En el 2005, el número de personas mayores de 60 años en la región Sudeste ya superaba el número de niños menores de 5 años en un 58,0%. Para ese mismo año, el número de mayores de 60 años superaba al número de niños menores de 5 años en un 24,2% a nivel nacional.

De acuerdo con el censo demográfico del 2000, la tasa promedio de crecimiento anual de la población durante el período 1991–2000 fue del 1,63%. Esta tasa viene disminuyendo desde la década de los sesenta en la cual era del 2,89%. Entre el 2000 y el 2004, el incremento poblacional fue del 1,7%. La tasa de fecundidad en el 2003 fue de 2,1 n.v. por mujer.

La esperanza de vida al nacer, que en 1991 era de 66 años (62,6 para los hombres y 69,8 para las mujeres), pasó a 72 años en el 2004 (68 para los hombres y 76 para las mujeres). La proyección del IBGE apunta a una esperanza de vida al nacer de 81,3 años para el 2050. La esperanza de vida promedio es más alta en la región Sur con 74 años y más baja en la región Nordeste con 69 años. La diferencia de la esperanza de vida entre hombres y mujeres ha crecido en los últimos años, y el principal motivo es el aumento de las defunciones violentas entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad. En el 2004, las causas externas fueron responsables del 72,1% de las muertes entre los jóvenes de ese grupo etario.

Figura 2: Pirámides etarias del Brasil, 2000 y 2020

Fuente: IPEA

1.3. Principales problemas de salud

En las últimas décadas, Brasil ha tenido importantes transformaciones en el perfil epidemiológico debido a la creciente relevancia de las enfermedades crónicas, que se han convertido en las principales causas de mortalidad. Sin embargo, todavía persisten las enfermedades endémicas y transmisibles, especialmente en las regiones Norte, Nordeste y Centro-Oeste.

1.3.1. Mortalidad y sus causas

Las cinco principales causas de muerte en el 2004 fueron las mismas observadas desde el inicio de la década de los noventa: enfermedades del aparato circulatorio (31,8% de las defunciones con causas definidas), neoplasias (15,7%), causas externas (14,2%), enfermedades del aparato respiratorio (11,4%) y enfermedades infecciosas y parasitarias (5,1%). La única diferencia fue un cambio en su relevancia: las causas externas, que en 1998

ocupaban la segunda posición, pasaron al tercer lugar, debido al aumento en las neoplasias. La tasa de mortalidad por neoplasias malignas llegó a 76,6 defunciones por 100.000 habitantes en el 2004. Ese mismo año, la tasa de mortalidad por causas externas fue de 70,2 defunciones por 100.000 habitantes y afectó principalmente a jóvenes de 15 a 24 años de edad: las causas externas fueron responsables del 72,1% de las defunciones entre los jóvenes de ese grupo de edad. Las causas externas son también un fuerte factor de presión sobre la atención hospitalaria, pues a ellas obedeció el 6,6% de las hospitalizaciones realizadas por el Sistema Único de Salud (SUS) en el 2004.

La mortalidad infantil disminuyó un 40% durante la última década (24,1 % en 2003) y continúa disminuyendo, debido especialmente al descenso de la mortalidad posneonatal que pasó de 47,1 defunciones por 1.000 n.v. en 1990 a 22,6 defunciones por 1.000 n.v. en el 2004. El descenso fue relativamente mayor en los estados del Nordeste y el Norte, donde los valores iniciales eran muy altos. Pero se observan diferencias regionales significativas: la tasa del Nordeste (35,5%) es más del doble que la de las regiones Sur (15,8%) y Sudeste (15,6%). La expansión del acceso a las medidas de salud y saneamiento serían el principal determinante de este descenso.

Cerca de dos tercios de las muertes ocurren durante el período neonatal y dependen más directamente de la calidad y cobertura de la atención médico-hospitalaria. La mortalidad neonatal precoz se mantiene elevada y presenta variaciones regionales importantes. Durante el año 2003, la tasa de defunciones de niños de 0 a 6 días fue de 12,1 por 1.000 n.v. para todo el país, con una clara diferencia entre la región Nordeste (con 17,5 por 1000) y la región Sur (con 7,6 por 1000). La tasa de mortalidad infantil por causas prevenibles disminuyó de 4,4 a 3,6 defunciones por 1.000 nacidos, principalmente debido a la reducción de las enfermedades prevenibles mediante inmunizaciones (66,7%), las defunciones prevenibles por diagnóstico precoz y tratamiento adecuado (50,5%) y las enfermedades prevenibles mediante acciones de promoción de la salud (56,3%).

No hubo reducción significativa de las enfermedades prevenibles mediante atención a la gestación y el parto. No obstante, se amplió la cobertura del sistema de información sobre mortalidad y se mejoró la calidad de la declaración de la causa de la defunción, lo cual redujo las muertes mal definidas de 12,8% en 1996 a 6,9% en 2004. En los estados del Norte y Nordeste, las tasas de defunciones mal definidas entre menores de 1 año continúan por encima del 10%.

Entre los menores de 1 año, las principales causas de muerte continúan siendo las afecciones originadas durante el período perinatal seguidas por las enfermedades infecciosas y parasitarias (8,5%), las enfermedades del aparato respiratorio (7,5%) y las causas externas (1,9%). En el 2003, un 8,3% de los nacidos vivos tenían bajo peso al nacer.

Las diferencias en la tasa de mortalidad infantil siguen siendo considerables entre los distintos estratos socioeconómicos de la población y entre los diferentes estados. En 1990, la diferencia de riesgo entre el estado con la mayor tasa de mortalidad infantil y el estado con la menor tasa era de cuatro veces, y aunque los valores máximo y mínimo han variado en 2004, la diferencia continúa siendo prácticamente la misma.

En el 2003, la mortalidad proporcional por enfermedad diarreica aguda entre menores de 5 años representó el 4,3% de las defunciones y la causada por infección respiratoria aguda el 5,7%.

En el 2004, la mortalidad materna era de 76,1 defunciones por 100.000 n.v. En la región Sudeste, donde se observan las tasas más bajas, la tasa fue de 43,2 defunciones por 100.000 n.v.

1.3.2. Neoplasias y enfermedades del aparato circulatorio

Brasil dispone de registros de cáncer de base poblacional (RCBP), los cuales contienen datos desde los años sesenta que permiten dar seguimiento y describir el perfil de la incidencia. En la década de los ochenta, las estadísticas pasaron a incluir información que evalúa la calidad de la asistencia. La cobertura de esas bases de información, aunque creciente, sigue concentrándose en las principales ciudades del país. Los registros de cáncer

ponen de manifiesto que la incidencia de cáncer en el Brasil crece a la par del envejecimiento de la población como resultado del aumento de la esperanza de vida.

En el 2006, se calculó una incidencia de 472.000 casos de cáncer en el Brasil —o 355.000 si se excluyen los casos de tumores cutáneos no melanomas—, esto equivale a casi 2 casos nuevos al año por cada 1.000 habitantes. Los tipos de cáncer de mayor incidencia, a excepción del cáncer de piel no melanoma, son el cáncer de próstata, pulmón y estómago en los hombres y el cáncer de mama, cuello uterino e intestino en las mujeres. En cuanto a la mortalidad, Brasil registró 141.000 defunciones en el 2004. El cáncer de pulmón, próstata y estómago fueron las principales causas de muerte por cáncer en los hombres, mientras que el cáncer de mama, pulmón e intestino lo fueron en las mujeres.

La incidencia de neoplasias malignas aumenta en todas las regiones del país. En el 2005, se registraron 52,9 casos nuevos de cáncer de mama y 22,1 casos nuevos de cáncer del cuello uterino por cada 100.000 mujeres. Se presentaron 51,1 casos nuevos de cáncer de próstata por cada 100.000 hombres. El diagnóstico tardío es responsable de las elevadas tasas de mortalidad asociadas a estas causas: 10,3 defunciones por 100.000 mujeres debidas al cáncer de mama (13 por cada 100.000 en las regiones Sur y Sudeste); 4,6 defunciones por 100.000 mujeres debidas al cáncer del cuello uterino; y 10,2 defunciones cada 100.000 hombres debidas al cáncer de próstata (12,2 en el Sudeste y 13,2 en el Sur).

La incidencia de otras formas de cáncer también es elevada: en el 2005 se registraron por cada 100 000 habitantes 62 casos nuevos de cáncer de piel no melanomas en hombres y 72 casos nuevos en mujeres; 18,9 casos nuevos de cáncer de pulmón, tráquea y bronquios en hombres y 9,3 casos nuevos en mujeres y 16,7 casos nuevos de cáncer de estómago en hombres y 8,6 en mujeres.

La mortalidad por neoplasias malignas en el año 2005 fue de 74,3 por cada 100.000 a nivel nacional con diferencias importantes entre las regiones: 106, 1 en la región Sur y 91,1 en el Sudeste.

En el 2005, el SUS registró 423.000 hospitalizaciones por neoplasias malignas, además de 1,6 millón de consultas ambulatorias en oncología. Mensualmente, se tratan cerca de 128.000 enfermos con quimioterapia y 98.000 con radioterapia ambulatoria. En los últimos 5 años, se observó un aumento considerable en el número de pacientes oncológicos atendidos por las unidades de alta complejidad del SUS, que refleja una mejora de la capacidad del sistema de aumentar el acceso a los recursos de tratamiento especializado. Sin embargo, aún persisten limitaciones de acceso a algunas especialidades y dificultades de regulación y articulación entre las unidades de la red.

Las enfermedades del aparato circulatorio fueron responsables del 10,5% de las hospitalizaciones realizadas a través del SUS y presentaron tasas de 46,5 defunciones por cada 100.000 habitantes debido a cardiopatías isquémicas y 49,7 defunciones por 100.000 habitantes por enfermedades cerebrovasculares (2005).

1.3.3. Causas externas: violencia y accidentes

Las causas externas causaron 106.814 muertes en el 2003. El 44,1% se debió a agresiones (72,2% de estas por arma de fuego) y el 25,5% a accidentes de tránsito.

Entre los hombres, el 44,1% de las muertes por causas externas son debidas a agresiones. En las mujeres, la causa externa más importante de defunción son los accidentes de tránsito (32%). En el 2003, el número de defunciones masculinas por agresión por arma de fuego fue 12 veces superior al observado entre las mujeres. La tasa de mortalidad por la misma causa entre los hombres de 15 a 29 años prácticamente se quintuplicó entre 1980 (17,1) y 2003, cuando alcanzó 82,8 defunciones por cada 100.000 hombres. Las tasas más altas se encontraron en Pernambuco (89,8), Río de Janeiro (84,4) y Espírito Santo (68,8), mientras que las más bajas se registraron en Piauí (9,3) y Amazonas (10,2).

De las 33.000 defunciones por accidentes de tránsito terrestre registrados en el 2003, el 81% tuvo a un hombre como víctima.

1.3.4. SIDA

Se calcula que existen en Brasil 500.000 portadores del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Desde 1980 hasta julio del 2005, se registraron 325.202 casos de sida, 70% entre hombres y 30% entre mujeres (en 2000, el 25,6% de los casos eran en mujeres). En el 2004, la tasa de incidencia del sida fue de 17 por cada 100.000 habitantes. Ese indicador viene aumentando entre las mujeres, mientras que la razón hombre/mujer está disminuyendo, al pasar de 18,9/1 en 1984 a 1,5/1 en 2004, con una relación de 0,9/1 en los adolescentes de 13 a 19 años. La epidemia, además de expandirse más entre las mujeres, también ha sumado dos características importantes en los últimos años: la interiorización y la pauperización de los afectados. Cerca del 50% de los municipios brasileños ya han reportado casos. Ha aumentado el número de casos en aquellos con menor nivel de escolaridad y peor condición socioeconómica, inclusive entre residentes en ciudades con menos de 50.000 habitantes.

En el 2003, se registraron 11.276 defunciones por sida, cifra 2% superior a la observada el año anterior, pero la tasa de mortalidad específica por sida se mantuvo estable en 6,4 por 100.000 habitantes (en 1995 eran 9,7 defunciones por cada 100.000 habitantes). La disminución más pronunciada durante el período 1995-2003 ocurrió en la región Sudeste, donde se concentra el mayor número de casos y donde la tasa se redujo en un 43%. Este marcado descenso de la mortalidad está asociado a la introducción de los antirretrovirales en la red pública de salud, con acceso universal por medio de una red descentralizada de servicios. Sin embargo, incluso en esta región persisten desigualdades importantes: las tasas de mortalidad son mayores entre las mujeres negras (12,29 mujeres por 100.000 habitantes) que entre la mujeres blancas (5,45).

1.3.5. Tuberculosis

La tasa de incidencia de la tuberculosis, en todas sus formas, ha diminuido en los últimos diez años, si bien permanece en niveles elevados. En el 2003 se notificaron 81.100 casos nuevos, lo que representa 45,2 casos nuevos por cada 100.000 habitantes (58,4 en 1995), con una presencia importante en las regiones Sudeste y Nordeste (44,4% y 30,9%, respectivamente, de los casos nuevos registrados en el país). La tasa bruta más alta de incidencia de TB (todas sus formas) se observó en la región Norte (51,7). La incidencia es mayor entre los hombres (64% de los casos nuevos notificados). La proporción de casos nuevos de tuberculosis pulmonar y de tuberculosis pulmonar bacilífera sobre el total se mantuvo relativamente estable en los últimos años, con 85% y 54% de los casos nuevos, respectivamente. En el 2003, la tasa bruta de mortalidad por tuberculosis fue de 1,9 defunciones por 100.000 habitantes blancos (3,0 para los hombres), de 2,7 por cada 100.000 habitantes mulatos y de 6,3 defunciones por 100.000 habitantes negros. El riesgo de morir por tuberculosis fue dos veces y media mayor para esto último grupo que para la población blanca.

1.3.6. Malaria y dengue

La malaria sigue siendo un problema sanitario importante, aunque afecta de forma desigual a los habitantes de las diferentes regiones del país. Si bien a nivel nacional el índice parasitario anual (IPA) de malaria en el 2004 fue de 2,6 exámenes positivos por cada 1.000 habitantes, en la región Norte, donde se concentra la mayor exposición al riesgo, la tasa fue de 30,8 exámenes positivos por 1.000 habitantes. En las regiones Sur y Sudeste no se registró ningún caso positivo.

La tasa de incidencia del dengue ha aumentado considerablemente desde 1993, cuando era de 4,9 por 100.000 habitantes. El último pico epidémico de dengue ocurrió en el 2002, tras la introducción del virus DEN-3. Durante ese año, se registraron 794.219 casos (455 casos nuevos por 100.000 habitantes), la mayoría de ellos en Río de Janeiro. Esa expansión determinó la aplicación del Plan Nacional de Control del Dengue, cuyas acciones resultaron en una importante reducción en los años siguientes, si bien las tasas se han mantenido elevadas (65,6 casos nuevos por 100.000 habitantes en 2004). En los años siguientes, la propagación del virus DEN-3 hacia los demás estados del país produjo brotes y epidemias, aunque sin alcanzar los niveles del 2002. En el 2004, se notificaron 117.500 casos de dengue, de los cuales 100.000 se distribuyeron de forma equilibrada entre las regiones Norte, Nordeste y Sudeste. En el 2006, se registraron 345.922 casos, siendo las regiones Sudeste (141.864) y

Nordeste (105.017 casos) las más afectadas. La Secretaría de Vigilancia Sanitaria del Ministerio de Salud (SVS/MS) registró 438.949 casos del dengue clásico durante el período de enero a julio del 2007.

Como consecuencia del comportamiento de la epidemia, también aumentó proporcionalmente el número de casos notificados de fiebre hemorrágica del dengue, una forma más grave de la enfermedad: 2.714 casos en 2002 y 727 en 2003. En 2004 y 2005, hubo una reducción significativa, a pesar de que se notificaron 107 y 103 casos respectivamente. En el 2006 se registraron 682 casos y 76 defunciones, y hasta julio del 2007, se habían notificado 926 casos de fiebre hemorrágica del dengue y 98 defunciones. La vigilancia realizada por el SUS destaca que existen 93 municipios, con una población de 36,5 millones de habitantes, que poseen índices de infestación doméstica superiores al parámetro del 1%. La mayor parte de esas localidades está situada en las regiones Centro-Oeste y Sudeste.

Cuadro 4: Tasa de mortalidad por diversas causas en el Brasil 1995, 2000 y 2003-2004

Indicadores	1995	2000	2003-2004
Mortalidad general	7,19	6,54	6,01
Mortalidad materna	51,61	70,91	76,09
Mortalidad específica por enfermedades transmisibles	60,06	45,03	47,26
Mortalidad específica por TB	3,84	3,26	2,74
Mortalidad específica por sida	9,73	6,32	6,07
Mortalidad específica por infección intestinal	7,54	3,62	2,98
Mortalidad específica por cardiopatía isquémica	44,86	46,21	46,48
Mortalidad específica por enfermedades cerebrovasculares	52,39	49,89	49,74
Mortalidad específica por neoplasias malignas	61,93	70,14	76,62
Mortalidad específica por causas externas	73,73	69,73	70,2

Fuente: RIPSA, BID 2006
Observaciones:
Mortalidad general: defunciones por 1.000 habitantes
Mortalidad específica: defunciones por 100.000 habitantes
Mortalidad materna: defunciones maternas por 100.000 n.v.

1.4. Acceso y cobertura de los servicios de salud

La información disponible más reciente (2003) para el conjunto de la población muestra un número promedio de consultas médicas per cápita de 2,4 por hab./año. Se observa que las consultas se concentran en los grupos de edad de 0 a 4 años (3,4) y mayores de 65 años (4,1). La población urbana presenta un número de consultas médicas per cápita (2,6) significativamente mayor a la de la población rural (1,8), pero con diferencias significativas cuando se consideraban las clases de ingreso familiar mensual. En ese caso, el número de consultas per cápita/año variaba de 2,2 entre las personas con ingresos de hasta 1 salario mínimo a 3,1 entre las personas con más de 20 salarios mínimos. Las mujeres presentan un mayor número de consultas médicas per cápita (3,0) que los hombres (1,9)[4]. En 2005, el Ministerio de Salud contabilizó 2,5 consultas per cápita ofrecidas por el SUS.

El porcentaje de mujeres embarazadas con siete o más consultas durante el período prenatal es del 22,5% a nivel nacional. Sin embargo, existen diferencias regionales importantes: mientras en el Sudeste el 64% de las embarazadas recibe el seguimiento adecuado, en la región Norte apenas el 24% de las embarazadas lo recibe.. Las desigualdades raciales también están presentes en el acceso: el porcentaje de siete o más consultas prenatales es del 37% entre las embarazadas negras y del 62,5% entre las blancas. La proporción de partos hospitalarios en el 2004 era del 96,8%, alcanzando el 99% en las Regiones Sudeste, Sur y Centro-Oeste.

El acceso a servicios odontológicos ha sido uno de los desafíos del sistema de salud brasileño. El servicio odontológico estuvo prácticamente ausente del espectro de las políticas sanitarias hasta el 2003, cuando se instituyó el Programa Brasil Sonriente. Este programa prevé, entre otras medidas, la creación de equipos de salud bucal, lo que permitirá ampliar de

[4] IBGE, PNAD Saúde 2003.

forma gradual la cobertura de la población hasta entonces dependiente, casi íntegramente, de los servicios odontológicos privados. La encuesta domiciliaria realizada en el 2003 detectó que el 15,9% de los brasileños (cerca de 28 millones de personas) nunca había consultado con un dentista. Esta proporción era del 81,8% entre los menores de 5 años y del 22,1% en el grupo de 5 a 19 años. Entre los mayores de 64 años, el 6,3% nunca consultó a un odontólogo. Las diferencias entre los sexos también fueron importantes: 17,5% de los hombres y 14,3% de las mujeres no consultaron nunca a un dentista. En la población urbana, el 13,6% de las personas nunca consultaron a un odontólogo, mientras que en la población rural, ese porcentaje alcanzaba el 28%. La desigualdad de ingresos fue un factor decisivo para definir la diferencia de acceso: en la población con un ingreso familiar mensual de hasta 1 salario mínimo, el 31% declaró no haber hecho nunca una consulta odontológica, y esa proporción descendió al 3% entre los que tenían un ingreso familiar mensual superior a 20 salarios mínimos.

1.5. Objetivos de desarrollo del milenio (ODM)

El gobierno brasileño estima que será posible alcanzar la meta pretendida en la mayoría de los ODM. En algunos casos, el mejoramiento observado en los últimos años en los indicadores seleccionados refleja el perfeccionamiento de los sistemas de registro de datos (como es el caso de la mortalidad materna) o la expansión de la cobertura de servicios que permitieron aumentar la capacidad de detección y oferta de cuidados (como es el caso del cáncer de mama y de útero).

Cuadro 5: Objetivos de desarrollo del milenio

Objetivo	Meta ONU	Meta Brasil	Indicador	Situación anterior	Situación actual
OBJETIVO 1 • Erradicar la pobreza extrema y el hambre	**Meta 1**: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día.	**Meta 1:** Reducir a una cuarte parte, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar PPA por día.	Porcentaje de personas que viven con menos de U$1,0 PPA por día (1990-2003)	9,90%	5,70%
	Meta 2: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre.	**Meta 2:** Erradicar el hambre entre 1990 y 2015.	Porcentaje de niños entre 1 y 2 años con desnutrición proteico-calórica (1999-2004)	19,80%	7,70%
OBJETIVO 2 • Lograr la enseñanza primaria universal	**Meta 3:** Velar por que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de educación primaria.	**Meta 3:** Velar por que, para 2015, los niños de todas las regiones del país, independientemente de su color, raza y sexo, concluyan la educación primaria.	Tasa de frecuencia escolar neta de personas de 7 a 14 años en educación primaria (1992-2003)	81,40%	93,80%
OBJETIVO 3 • Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer	**Meta 4:** Eliminar las desigualdades entre los géneros en la educación primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la educación antes de fines de 2015.	**Meta 4:** Eliminar las disparidades entre los géneros en la educación primaria y secundaria, de ser posible para 2005, y en todos los niveles de enseñanza a más tardar para 2015.	Tasa de frecuencia escolar neta de personas de 15 a 17 años en educación secundaria, según género (1992-2003)	H = 15,1 M = 21,3	H = 38,1 M = 48,2
OBJETIVO 4 • Reducir la mortalidad infantil	**Meta 5:** Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años.	**Meta 5:** Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.	Tasa de mortalidad de menores de 1 año por 1.000 n.v. (1996-2004)	33,2	22,58
OBJETIVO 5 • Mejorar la salud materna	**Meta 6**: Reducir, entre 1990 y 2015, la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes.	**Meta 6A:** Promover la cobertura universal en la red del SUS, para 2015, mediante acciones de salud sexual y reproductiva.	Porcentaje de la población femenina de 15 a 49 años que utiliza métodos anticonceptivos (1996)	55,4	**...**
		Meta 6: Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna.	Razón de mortalidad materna por 100.000 n.v. (1996-2004)	51,61	76,09
		Meta 6B: Para 2015, haber detenido el crecimiento de la mortalidad por cáncer de mama y de cuello uterino, e invertir la tendencia actual.	Tasa de mortalidad específica por neoplasias malignas, cáncer de mama y cáncer del cuello uterino (1990-2004)	mama = 7,90 CU = 3,82	mama = 10,60 CU = 4,76
OBJETIVO 6 • Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades	**Meta 7:** Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA.	**Meta 7:** Para 2015, haber detenido la propagación del VIH/sida y comenzado a invertir la tendencia actual.	Tasa de incidencia de sida por 100.000 hab. (1995-2005)	13,25	15,05
	Meta 8: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.	**Meta 8A:** Para 2015, haber reducido la incidencia de la malaria y la tuberculosis.	Tasa de incidencia de tuberculosis (1990-2005)	51,75	43,78
		Meta 8B: Para 2010, haber eliminado la lepra.	Tasa de prevalencia de la lepra (casos por 10.000 habitantes) (1990-2005)	19,54	1,48

Fuente: IPEA; MS; RIPSA/IDB 2006.

2. FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

2.1. Caracterización del sistema de salud

El sistema de salud del Brasil es mixto, segmentado y, según el origen de los recursos, está compuesto por dos subsistemas: uno público y otro privado.

En el subsistema público existen dos segmentos: (i) el primero, de acceso universal y gratuito (todos los ciudadanos tienen derecho al mismo), íntegramente financiado con recursos públicos y denominado Sistema Único de Salud (SUS); y (ii) el segundo, de acceso restringido a los funcionarios públicos (civiles y militares), financiado con recursos públicos y contribuciones de los empleados.

En el subsistema privado se distinguen también dos segmentos, ambos beneficiados con alguna forma de incentivo fiscal: (i) el primero reúne los planes y seguros de salud, denominado sistema complementario, de afiliación voluntaria, no obligatoria, financiado con recursos de los empleadores y los empleados (en el caso de los contratos colectivos de las empresas) o exclusivamente por las familias; y (ii) el segundo ofrece acceso directo a proveedores privados mediante pago al momento de la prestación de los servicios asistenciales.

Para el 75% de la población, el sistema público es el único acceso a la atención de salud. La población cubierta por el sistema privado también se beneficia de la red pública mediante las acciones de salud pública; parte de esta misma población utiliza igualmente procedimientos más complejos y de mayor costo.

2.2. Rectoría

2.2.1. Mapeo de la autoridad sanitaria

En el modelo federativo brasileño de organización político-administrativa, la Unión, los estados, el Distrito Federal y los municipios son autónomos y ejercen atribuciones exclusivas y concurrentes. Entre estas últimas figuran aquellas relacionadas con la salud. En este campo, algunas competencias se definen por ley (Ley N^{o} 8080/90 y Ley N^{o} 8142/90) y otras se comparten; las tareas correspondientes a cada ámbito se establecen por medio de procesos de negociación y acuerdos entre los administradores.

El Ministerio de Salud es el administrador nacional del SUS, conforme a lo previsto en los artículos 198 y 200 de la Constitución Federal. La Unión, a través del Ministerio de Salud y del Consejo Nacional de Salud (CNS), y en articulación con otros organismos federales, está a cargo de las funciones[5] de formular las directrices y metas nacionales; participar en el financiamiento; coordinar, dar seguimiento y evaluar la operación del sistema y establecer patrones técnicos de asistencia sanitaria. También se encarga de la coordinación nacional de los sistemas de vigilancia sanitaria y epidemiológica y de los sistemas de información sanitaria; la formulación y conducción de la política nacional de producción de insumos y de equipamiento, así como de la política nacional de sangre y hemoderivados; la ejecución de acciones de vigilancia sanitaria en puertos, aeropuertos y fronteras; la aplicación de la política sanitaria indígena; el registro y control de la calidad de los medicamentos y de la calidad sanitaria de los productos, procedimientos y sustancias de interés para la salud; la regulación, fiscalización y control de las actividades de prestación de servicios de salud por el sector privado; la participación en la formulación y ejecución de las políticas nacionales de saneamiento básico y medio ambiente.

El SUS está conformado por subsistemas a nivel de cada estado y cada municipio. La legislación atribuye a los municipios la responsabilidad primordial en la adopción de medidas y la provisión de servicios sanitarios para sus respectivas poblaciones, con la cooperación técnica y financiera de la Unión y los estados. En los estados, la dirección del SUS está a cargo de las secretarías de salud de los gobiernos estatales, con funciones de coordinación, gestión de recursos estratégicos y ejecución de acciones y servicios de carácter complementario.

[5] Ley 8080/90, Art. 16.

El Pacto de Gestión del SUS define las responsabilidades de la Unión, los estados y los municipios en la gestión del sistema público de salud. El financiamiento de las acciones y los servicios de salud es responsabilidad compartida por las tres esferas del gobierno, según lo dispone la Constitución Federal. El Pacto de Gestión establece el papel de cada instancia de gobierno en la gestión del sistema; la regionalización; la planificación y programación de las acciones; la regulación, el control, la evaluación y la auditoría; la garantía de operación de los mecanismos de participación y control social; la gestión del trabajo y la educación en salud.

La garantía del acceso universal a la totalidad de la atención de salud se asegura mediante la operación de redes regionales que integran las redes municipales y estatales bajo la coordinación de las instancias estatales, que velan por la referencia a todos los niveles de complejidad de la atención requerida. Compete al municipio la gestión de toda la red pública de servicios de atención básica, englobando las unidades propias y transferidas por el estado o por la Unión.

Las tres instancias de gobierno ejecutan acciones y programas intersectoriales, teniendo como instrumentos de formalización los contratos o convenios. Las acciones de articulación intersectorial se garantizan en el ámbito federal con la participación del MS en foros como el Consejo Nacional de Desarrollo Rural (CNDR); el Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria Nutricional (CONSEA); el Consejo Administrativo del Programa Bolsa Familia (CGPBF); el Consejo Nacional de los Derechos de la Mujer (CNDM); el Consejo Nacional de los Derechos del Anciano (CNDI); el Consejo Nacional de los Derechos del Niño y del Adolescente (CONANDA); el Consejo Nacional de Asistencia Social (CNAS); el Consejo Nacional de Medio Ambiente (CONAMA) y el Consejo Nacional de Promoción de la Igualdad Racial (CNPIR).

Ministerio de Salud (MS)

En el MS, la conducción del sistema de salud se distribuye entre cinco secretarías específicas y una Secretaría Ejecutiva, que es responsable de supervisar y coordinar las actividades relacionadas con los sistemas federales de planificación y presupuesto, organización y modernización administrativa, contabilidad, administración financiera, administración de recursos de información e informática, recursos humanos y servicios generales en el Ministerio de Salud. La Secretaría Ejecutiva se encarga además de supervisar el gasto público en salud a través del Sistema de Presupuesto Público en Salud (SIOPS).

También incumbe a la Secretaría Ejecutiva supervisar y coordinar las actividades relacionadas con los sistemas internos de gestión y los sistemas de información sobre las actividades específicas del SUS, así como las actividades del Fondo Nacional de Salud (FNS), el Datasus y la tarjeta SUS. Igualmente, se ocupa del fortalecimiento de la relación con los estados y municipios en la definición e implantación de programas. Ejerce el papel de órgano sectorial de los sistemas de personal civil de la administración federal (SIPEC), organización y modernización administrativa (SOMAD), administración de los recursos de información e informática (SISP) y servicios generales (SISG), así como de los sistemas de planificación y presupuesto federal, administración financiera federal y contabilidad federal, por intermedio de sus Subsecretarías de Asuntos Administrativos y de Planificación y Presupuesto.

Figura 3: Organigrama básico del Ministerio de Salud de Brasil

La Secretaría de Atención a la Salud reúne los departamentos de Atención Especializada; Regulación, Evaluación y Control; Atención Básica; y Acciones Programáticas Estratégicas, los cuales son responsables de la formulación y ejecución de las políticas de atención básica y especializada. La Secretaría también se encarga de la formulación de la política de regulación asistencial, da seguimiento y evalúa la prestación de servicios asistenciales y define criterios para la sistematización y normalización de las técnicas y procedimientos relativos a las áreas de control y evaluación, además de mantener actualizado el Catastro Nacional de Establecimientos de Salud (CNES).

La Secretaría de Ciencia, Tecnología e Insumos Estratégicos formula y aplica la política nacional de ciencia, tecnología e innovación en salud y la política nacional de asistencia farmacéutica y medicamentos, la cual incluye hemoderivados, vacunas, inmunobiológicos e insumos similares. Estas políticas se articulan e interrelacionan para propiciar el estímulo al desarrollo industrial, lo que se traduce en medidas de fomento de la innovación y las investigaciones de interés para el SUS y de estímulo al desarrollo del complejo industrial en salud.

La Secretaría de Gestión del Trabajo y la Educación en Salud (SEGETES) es responsable de las acciones destinadas a regular y promover la formación técnica, de grados y posgrados, en coordinación con el Ministerio de Educación (MEC) y el proceso de educación continua de los trabajadores de la salud del SUS, de acuerdo con las necesidades de salud de la población.

La Secretaría de Gestión Estratégica y Participativa, por intermedio de sus dos departamentos (Departamento de Apoyo a la Gestión Participativa y Departamento de Seguimiento y Evaluación de la Gestión del SUS) tiene entre sus atribuciones la de formular y aplicar la política de gestión democrática y participativa del SUS y fortalecer la participación social; articular las acciones del Ministerio de Salud referentes a la gestión estratégica y participativa con los diversos sectores, gubernamentales y no gubernamentales, relacionados con los condicionantes y determinantes de la salud; formular y coordinar la política de adquisiciones del SUS; ejecutar auditorías y controles en el SUS y coordinar la implantación del Sistema Nacional de Auditoría del SUS.

La Secretaría de Vigilancia Sanitaria (SVS) es responsable de la vigilancia epidemiológica y ambiental. Entre sus atribuciones está la coordinación de todas las acciones de prevención y control de enfermedades transmisibles, incluidos los programas nacionales de lucha contra el dengue, la malaria y otras enfermedades transmitidas por vector, el Programa Nacional de Inmunización y la vigilancia de enfermedades emergentes. La SVS también se ocupa de importantes programas nacionales de lucha contra enfermedades como la tuberculosis, la lepra, las hepatitis virales, las ETS y el sida. También coordina las acciones del

SUS en materia de vigilancia ambiental y de vigilancia ante el agravamiento de enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo.

2.2.2. Conducción de la política nacional de salud

Los principios y directrices que orientan la elaboración de la política nacional de salud y la atención sanitaria que presta el SUS están definidos en la Constitución Federal de 1988 y en la legislación infraconstitucional específica (Leyes 8080/90 y 8142/90). Las disposiciones constitucionales estipulan también que todas las acciones del gobierno federal han de llevarse a cabo con base en planes plurianuales, elaborados cada cuatro años y aprobados por el Congreso Nacional.

El Plan Plurianual (PPA) 2004-2007 define 18 iniciativas prioritarias del gobierno federal en el área de la salud: (1) seguridad fitozoosanitaria; (2) inversión en ciencia, tecnología e innovación para promover la substitución competitiva de importaciones en áreas estratégicas; (3) saneamiento; (4) farmacia popular; (5) calificación de la atención de salud (Qualisus); (6) seguimiento, evaluación y control de las acciones sanitarias y de los recursos financieros transferidos a los estados, municipios e instituciones en el contexto del SUS; (7) reglamentación de la Enmienda Constitucional 29, que establece la vinculación de recursos para el SUS; (8) salud bucal (a través del Programa Brasil Sonriente); (9) salud mental; (10) salud de la mujer; (11) control de la lepra y la tuberculosis; (12) Transplantes de órganos; (13) servicio civil profesional en salud; (14) garantía de una mayor suficiencia del SUS en la producción de hemoderivados, inmunobiológicos y preparaciones farmacéuticas; (15) salud del indígena; (16) aprobación del plan nacional de salud; (17) calificación de la gestión y regionalización del SUS; y (18) perfeccionamiento de la calidad de la asistencia prestada a través de los planes de salud privados.

También se definen en el PPA los siguientes criterios para la formulación de acciones estratégicas en el área de la salud: (i) presentar el riesgo o impacto epidemiológico relevante; (ii) ser materia de acuerdos y compromisos internacionales; (iii) atender poblaciones estratégicas y en situaciones especiales de daño; (iv) estar relacionada con la descentralización o regionalización de las acciones del SUS; (v) abarcar un volumen significativo de recursos; y (vi) ser inédita, por lo que ha de someterse a un esmerado seguimiento a fin de promover los ajustes que pudieran requerirse.

El Plan Nacional de Salud (PNS)[6] se debatió en seminarios regionales en los que participaron diferentes actores, y fue aprobado por el Consejo Nacional de Salud en el 2004. El documento explicita las directrices para el sistema para el período 2004-2007 en los siguientes ámbitos: a) reorganización de la atención de salud, con el fin de mejorar la calidad y el acceso a una atención integral y fortalecer la capacidad de regulación del sistema; b) condiciones de salud, con un conjunto de acciones dirigidas a la prevención y el control de las enfermedades de mayor prevalencia, así como la ejecución de acciones destinadas a brindar una protección adecuada a los grupos más vulnerables (salud de la mujer y el niño, jóvenes y adolescentes, adultos mayores, poblaciones negras e indígenas, personas discapacitadas, trabajadores, reclusos), además de la expansión de las acciones en áreas estratégicas (salud bucal, salud mental, alimentación saludable, control de enfermedades transmisibles, vigilancia ambiental); c) gestión de la salud, incluido el mejoramiento del acceso y la calidad de la atención, la sostenibilidad del financiamiento, el fortalecimiento de los procesos de participación social y de prácticas de gestión participativa, el fortalecimiento de las acciones de seguimiento, evaluación y control de las medidas sanitarias y los recursos financieros gastados por el SUS y el fortalecimiento de la actuación internacional del SUS. El PNS también determina la elaboración de un plan nacional de inversión en salud, dirigido a obtener una mayor capacidad resolutiva de la red de servicios y reducir las desigualdades regionales.

Los estados y municipios elaboran sus respectivos planes de salud y los someten a la consideración de los consejos de salud correspondientes.

[6] Decreto ministerial MS/GM Nº 2.607 del 10 de diciembre de 2004, *Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS - Um Pacto pela Saúde no Brasil*.

Foros y mecanismos de coordinación de la política

La aplicación de la política sanitaria cuenta con foros y mecanismos colegiados por medio de los cuales se realizan las negociaciones entre los gerentes de las tres esferas de gobierno con el propósito de armonizar las diferentes visiones y atender las especificidades locales y regionales. Los administradores se reúnen en la Comisión Intergerencial Tripartita (CIT), de alcance nacional, así como en las Comisiones Intergerenciales Bipartitas (CIB), que existen en cada uno de los estados.

El Pacto por la Salud reúne un conjunto de reformas institucionales acordadas entre las tres esferas de gestión (Unión, estados y municipios) y tiene por objetivo promover las innovaciones en los procesos e instrumentos de gestión, con miras a alcanzar una mayor eficiencia y calidad en la respuesta del SUS. El Pacto por la Salud redefine las responsabilidades de cada gerente en función de las necesidades de salud de la población y en busca de la equidad social.

El Pacto por la Salud se aplica mediante la adhesión de los municipios, estados y la Unión al Marco del Compromiso de Gestión (TCG). El TCG sustituye los procesos de habilitación de las diversas formas de gestión anteriormente vigentes y establece metas y compromisos para cada ente de la federación; el TCG se renueva anualmente. Entre las prioridades definidas en el 2006 figuran la reducción de la mortalidad infantil y materna, el control de las enfermedades emergentes y endémicas (como el dengue y la lepra) y la reducción de la mortalidad por cáncer de cuello uterino y de mama, entre otras.

Las modalidades de transferencia de los recursos federales hacia los estados y municipios también se modificaron con el Pacto por la Salud. Las transferencias se integraron en cinco grandes bloques de financiamiento (atención básica; complejidad media y alta; vigilancia sanitaria; asistencia farmacéutica y gestión del SUS), sustituyendo el mecanismo previo de incentivos específicos, que fragmentaba el financiamiento en más de cien partidas.

El Pacto por la Salud engloba el Pacto por la Vida, el Pacto de Gestión y el Pacto en Defensa del SUS. El *Pacto por la Vida* es el compromiso entre los administradores del SUS ante las prioridades que afectan la situación sanitaria de la población. Son seis las prioridades pactadas: (1) salud de los adultos mayores; (2) control del cáncer del cuello uterino y de mama; (3) reducción de la mortalidad infantil y materna; (4) fortalecimiento de la capacidad de respuesta a las enfermedades emergentes y endémicas, con énfasis en el dengue, la lepra, la tuberculosis, la malaria y la influenza; (5) promoción de la salud; y (6) fortalecimiento de la atención básica. El *Pacto de Gestión* establece directrices para el manejo del sistema en los aspectos de descentralización; regionalización; financiamiento; planificación; programación acordada e integrada; regulación; participación y control social; y gestión del trabajo y educación en salud. El *Pacto en Defensa del SUS* se refiere al compromiso entre los gerentes con miras a lograr: a) la consolidación de la reforma sanitaria brasileña, explicitada en la defensa de los principios del SUS establecidos en la Constitución Federal; y b) la formulación y articulación de acciones, en los respectivos ámbitos de competencia y conjuntamente con los demás gerentes, destinadas a hacer que el SUS se califique y preserve como una política pública. El documento de directrices operativas se acordó en la reunión de la Comisión Intergerencial Tripartita del 26 de enero del 2006, se aprobó en la reunión del Consejo Nacional de Salud del 09 de febrero del 2006, se oficializó mediante el decreto GM N^{o} 399 del 22 de febrero del 2006 y se reglamentó con el Decreto Ministerial GM N^{o} 699 del 30 de marzo del 2006. Los temas específicos serán objeto de reglamentos complementarios, también resultantes de la negociación entre los administradores.

Mecanismos de seguimiento, control y evaluación

Las acciones de seguimiento, evaluación, fiscalización y control del sistema de salud están a cargo de un conjunto de órganos internos y externos. El seguimiento de políticas y programas se realiza a través de las unidades responsables de su formulación y coordinación. La Secretaría de Atención a la Salud elabora mecanismos de control y evaluación de los servicios de atención básica y especializada y mantiene un programa nacional de evaluación de los servicios de salud (PNASS). La Secretaría de Gestión Estratégica y Participativa tiene la responsabilidad de formular y coordinar la política de seguimiento y evaluación de la gestión del SUS. El MS, a través de la Secretaría Ejecutiva, formuló una política de evaluación regular del

desempeño del sistema de salud en el país, que se deberá aplicar a partir del 2007 y en cuya ejecución han de participar las tres esferas del gobierno.

El Sistema Nacional de Auditoría, que opera en los tres niveles de gestión del SUS, se ocupa de la supervisión, evaluación y control de la acción sectorial final; sus atribuciones se definen según el ámbito del gobierno al que se vinculan. La supervisión y el control de los gastos en salud a nivel federal es atribución compartida de la Secretaría de Control Interno del MS (CISET), vinculada a la Secretaría Federal de Control del Ministerio de Hacienda, y del Tribunal de Cuentas de la Unión, órgano vinculado al Poder Legislativo y responsable del control externo. En la esfera estatal, los tribunales de cuentas del Estado ejercen ese papel, mientras que en los municipios actúan los consejos de cuentas municipales.

El Ministerio de Planificación y Presupuesto (MPO) realiza el seguimiento y la evaluación del desempeño de los programas incluidos entre las prioridades del PPA. El Ministerio Público, que tiene entre sus funciones la de velar por el *"efectivo respecto de los poderes públicos y los servicios de relevancia pública a los derechos garantizados"*[7], da seguimiento, controla y constata las denuncias relativas a la compatibilidad de las acciones y los servicios ejecutados con los dispositivos constitucionales y legales, así como la legalidad de los gastos realizados por el sistema público de salud.

Los consejos y las conferencias de salud actúan, en cada una de las esferas de gobierno, como instancias de participación en el proceso de toma de decisiones y de control social; corresponde a los primeros la aprobación de los planes, presupuestos y políticas sanitarias y el seguimiento sistemático de las acciones emprendidas y gastos realizados. Las conferencias son foros que se reúnen cada cuatro años a nivel nacional (y con periodicidad variable en los ámbitos estatal y municipal), con amplia participación de todos los segmentos que tienen que ver con la determinación de directrices para la política sanitaria.

Sistemas de información

El SUS cuenta con diversos sistemas de información que permiten dar seguimiento a la situación epidemiológica y a los servicios del sistema. El MS es el coordinador nacional de esos sistemas. La información se proporciona a los gerentes y a la población a través del Internet. Los datos se ofrecen de forma agregada y por medio de programas que permiten hacer tabulaciones y protegen la privacidad de la información. Los sistemas de información sobre ejecución presupuestaria —SIAFI y SIDOR, a nivel federal— están vinculados al MPO y al Ministerio de Hacienda. El MPO opera también un sistema de información sobre funcionarios públicos federales.

Box 1: Principales sistemas de información y bases de datos sobre salud

Sistema de información sobre la atención básica (SIAB). Registra las acciones y los servicios de atención básica a cargo del Programa de Salud de la Familia (PSF). Utiliza tres formularios para ingresar los datos: uno para catastro familiar y condiciones de vivienda, otro para la información de salud y el último con información de producción y marcadores de evaluación.

Sistema de información hospitalaria (SIH-SUS). Genera información mensual sobre los servicios hospitalarios prestados por el SUS. Incluye, entre otros, datos sobre los recursos destinados a cada hospital que integra la red del SUS, causa de la hospitalización, procedimientos realizados, tiempo promedio de permanencia del paciente en el hospital, por municipio y estado. La información de este sistema puede discriminarse por género, edad, lugar de atención y de residencia del usuario.

Sistema de información ambulatoria (SAI). Proporciona información sobre la provisión de servicios ambulatorios en el SUS. Permite desglosar los datos por región, tipo de servicio, tipo de establecimiento responsable y gastos realizados.

Sistema de información sobre mortalidad (SIM). Registra información sobre mortalidad a partir de la declaración de defunción que recopilan las secretarías estatales de salud y que contiene información sobre el lugar y la causa de la muerte y las características de la persona fallecida (sexo, edad, color, lugar de residencia).

[7] Las acciones y servicios de salud son de relevancia pública (CF, Art. 197).

Sistema de información sobre nacidos vivos (SINASC). Ofrece información sobre nacidos vivos de importancia para el análisis epidemiológico, estadístico y demográfico, con sus características más importantes, como sexo, lugar de nacimiento, tipo de parto, información prenatal y peso al nacer, entre otros. La implementación del sistema se basa en un documento modelo, la declaración de nacimiento.

Sistema de información del Programa Nacional de Inmunización (SIPNI). Contiene un registro de las vacunas aplicadas y la población vacunada, por grupo de edad, períodos determinados y área geográfica. El SIPNI consiste de dos subsistemas: Subsistema de Evaluación del Programa de Inmunizaciones (API), que proporciona información sobre la cobertura vacunal (rutinaria y en campañas), la tasa de deserción y el control del envío de boletines de inmunización, y que puede utilizarse a nivel federal, estatal, regional y municipal; y el Subsistema de Inventario y Distribución de Inmunobiológicos (EDI), que controla la existencia y la distribución de los inmunobiológicos a nivel estatal y federal.

Sistema de Información sobre enfermedades de notificación obligatoria (SINAN). Se encarga del registro y procesamiento de los datos sobre enfermedades de notificación obligatoria en todo el territorio nacional, y proporciona información para analizar el perfil de la morbilidad. Es el principal instrumento de recopilación de datos sobre las enfermedades de notificación obligatoria y otras dolencias. Instituido en 1996, su objetivo es dotar a los municipios y estados de una infraestructura tecnológica básica para la transferencia de información.

Sistema de información prenatal (SIS PRENATAL). Es un sistema informatizado, desarrollado y proporcionado por DATASUS para ser usado por los municipios que se sumen al programa de humanización de la etapa prenatal y el nacimiento; su utilización es obligatoria para esos municipios. Permite a los gerentes del SUS dar seguimiento al programa, a partir del seguimiento de cada embarazada.

Sistema de información sobre presupuestos públicos de salud (SIOPS). Organiza y ejecuta la recolección, el procesamiento y la divulgación de información sobre ingresos y gastos en salud en las tres esferas del gobierno. Permite dar seguimiento al cumplimiento de la enmienda constitucional 29/2000, que trata de la asignación de recursos a las acciones y los servicios públicos de salud.

Sistema de gestión financiera y convenios (GESCON). Sistema informatizado para la gestión de los convenios firmados por el Ministerio de Salud y la Fundación Nacional de Salud (FUNASA) para proporcionar recursos para las acciones de salud financiadas por medio de transferencias negociadas.

En los últimos años, los sistemas institucionales han venido perfeccionándose y alcanzando grados crecientes de confiabilidad, aunque en esta área subsisten aún diferencias entre los estados.

El Ministerio de Salud continúa coordinando la **Red Nacional de Información en Salud (RNIS)**, que es una red integrada en línea para proveer acceso e intercambio de información sobre la salud para la gestión, planificación e investigación a gerentes, agentes y usuarios del SUS y, además, promover la capacitación del profesional de la información y la informática en salud.

En acción conjunta con la Representación de la OPS/OMS en el Brasil, el Ministerio de Salud desarrolla una estrategia de articulación interinstitucional con la creación de una **Red Interinstitucional de Información Sanitaria (RIPSA)**. Esta red tiene como propósito la provisión adecuada, oportuna y amplia de datos básicos, indicadores y análisis de situación sobre las condiciones de salud y sus tendencias en el país, con miras a perfeccionar la capacidad de formulación, coordinación, gestión e implantación de políticas y acciones públicas dirigidas a mejorar la calidad de la salud y de vida de la población.

La RIPSA está integrada por entidades representativas de los segmentos técnicos y científicos nacionales que participan en la producción y el análisis de datos (productores de información en el sentido estricto, gerentes del sistema de salud y unidades de ciencia y tecnología). La información demográfica es responsabilidad del IBGE, adscrito al MPO.

Además de los sistemas propios del SUS, también se cuenta con la información que generan los sistemas operados por otros órganos gubernamentales, entre los que destacan los siguientes:

- **Sistema de administración financiera del gobierno federal (SIAFI)**

El SIAFI es el principal instrumento de administración presupuestaria y financiera de la Unión. Administrado por el Ministerio de Hacienda, este sistema está conectado a todos los órganos de la administración directa, entidades autónomas, fundaciones, empresas públicas, la empresa mixta y los órganos de los poderes legislativo y judicial. Por medio del SIAFI se obtiene información sobre la ejecución del presupuesto y la administración financiera, que conforma la constatación de las cuentas presentadas al Congreso Nacional.

- **Encuestas realizadas por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE)**

Estas encuestas aportan periódicamente elementos sobre las condiciones de acceso a los servicios de salud de la población y sobre el gasto familiar en salud, así como sobre la constitución de la red de servicios sanitarios en el país. Las encuestas más importantes son:

  - **Encuesta de asistencia médico-sanitaria (AMS)**: Cubre la oferta de servicios de salud públicos y privados (características de los establecimientos, equipamiento, recursos humanos, capacidad de producción).
  - **Información complementaria de salud de la encuesta nacional por muestra de domicilios (PNAD)**: Encuesta de hogares por muestreo que constituye la principal fuente de información sobre el acceso de la población a las acciones y los servicios de salud y sobre la cobertura de los sistemas público y privado. La PNAD produce regularmente información anual sobre condiciones de vida, vivienda, acceso a servicios de saneamiento básico, empleo e ingresos. La información complementaria de salud se produce cada cinco años, aunque la periodicidad todavía no está formalmente definida.
  - **Encuesta sobre presupuestos familiares (POF)**: Encuesta de hogares, de periodicidad no definida, que recoge información sobre gastos domésticos. Es la principal fuente de información sobre el gasto privado en salud.

2.2.3. Regulación sectorial

El SUS, bajo la coordinación del MS, elabora una política de regulación que abarca, a los fines de reglamentación, fiscalización y control, toda la producción de bienes y servicios en el sector sanitario.

Atención sanitaria en el SUS

En el ámbito de la atención pública de salud, la regulación se entiende como una función de la gestión que implica actuar sobre la producción directa de acciones sanitarias, ambulatorias y hospitalarias en los diversos niveles de complejidad (básica, media y alta), así como sobre el acceso de los usuarios a estos tres niveles de asistencia. La estrategia para regular la oferta y la demanda de servicios de salud es la constitución de "complejos reguladores", que consisten en la organización, de manera articulada e integrada, del conjunto de acciones de la regulación del acceso a la asistencia (centros de hospitalización, centros de consultas y exámenes, protocolos asistenciales), para tratar de adecuar la oferta de servicios sanitarios a las necesidades reales de salud[8].

Un ejemplo de acción reguladora en el ámbito del SUS es el establecimiento, por parte del MS y previa consulta pública, de protocolos clínicos y directrices terapéuticas para innumerables enfermedades que exigen la prescripción de medicamentos y tratamientos de alto costo. En el nivel básico de atención, también existen protocolos de tratamiento normalizados para algunas enfermedades frecuentes o de gran importancia epidemiológica como ser hipertensión arterial, diabetes, sida y tuberculosis. En el ámbito hospitalario, algunas unidades

[8] Ministerio de Salud. Secretaría de Atención Sanitaria. Departamento Nacional de Auditoría del SUS. Secretaría de Gestión del Trabajo y Educación en Salud. *Curso básico de regulación, control, evaluación y auditoría de la atención sanitaria del SUS: Nociones básicas sobre los procesos de apoyo a la gestión en el ámbito de la atención sanitaria*. 1a. ed. Brasilia: Ministerio de Salud, 2005. 350 p. Serie Cuadernos de la SAS.

hospitalarias, especialmente las universitarias, vienen aplicando otros protocolos, pero estos no han sido diseminados en las demás unidades del SUS.

Ejercicio profesional

Legislar sobre las condiciones del ejercicio profesional en general es competencia privativa de la Unión (CF Art. 22, XVI). El control del ejercicio profesional en las diversas carreras de salud es atribución de los respectivos consejos profesionales, entidades públicas no estatales creadas por ley y con autonomía para supervisar los aspectos éticos y legales del ejercicio de los profesionales de cada categoría en todo el territorio nacional. La autorización para poder ejercer la profesión exige la presentación del diploma de finalización de estudios expedido por una universidad o escuela técnica reconocida por el sistema educativo. La inscripción en el respectivo consejo debe renovarse anualmente.

Planes y seguros de salud (sistemas privados de prepago)

Atribución privativa de la Unión, la asistencia prestada a través de planes y seguros de salud privados está sujeta, desde 1998, a criterios de regulación, normalización, control y fiscalización dispuestos en una legislación específica[9] que establece la oferta mínima de servicios, limita los instrumentos utilizados para interrumpir la asistencia y reduce las variaciones del valor de las prestaciones por grupo de edad.

Esta legislación abarca dos grandes segmentos de la llamada salud complementaria: (I) los operadores de planes privados de asistencia sanitaria: toda persona jurídica de derecho privado, independientemente de su constitución jurídica, que ofrezca tales planes mediante contraprestaciones pecuniarias, con atención en servicios propios o de terceros; y (II) operadores de seguros privados de asistencia sanitaria: personas jurídicas constituidas y reguladas de conformidad con la legislación específica para la actividad de comercialización de seguros y que garantizan la cobertura de riesgos de asistencia sanitaria, mediante la libre elección, por parte del asegurado, del proveedor del respectivo servicio y el reembolso de los gastos exclusivamente.

La supervisión y regulación del subsistema privado de planes y seguros de salud es responsabilidad de la Agencia Nacional de Salud Complementaria (ANS), creada mediante la Ley N^{o} 9.961 del 28 de enero del 2000. La ANS se encarga de dar seguimiento a la evolución de los precios de los planes privados, sus proveedores e insumos, autoriza los procesos de escisión, fusión, establecimiento, modificación o transferencia del control accionario y realiza la articulación con los órganos de protección del consumidor[10].

Tras el inicio de la regulación estatal, se produjeron importantes modificaciones en el sector, lo que incidió sobre la dinámica de la industria de planes privados de asistencia sanitaria y las estrategias competitivas. Un estudio reciente mostró, con base en información del Catastro Nacional de Operadores de la ANS, una reducción del 17%, entre 2000 y 2003 del número de empresas de medicina de grupo y del 23% en los planes de autogestión. En el mismo período, el número de aseguradoras registradas en el catastro aumentaron de 4 a 14, y las administradoras pasaron de 28 a 37 (32%).

Productos y servicios de interés para la salud

La Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA)[11], agencia reguladora caracterizada por su autonomía administrativa, la estabilidad de sus dirigentes durante el período de mandato y su autonomía financiera, se creó en 1999. Vinculada al MS mediante un contrato de gestión, ANVISA es dirigida por una junta directiva colegiada de cinco miembros. ANVISA tiene como finalidad institucional promover la protección de la salud de la población por medio del control sanitario de la producción y comercialización de productos y servicios sometidos a vigilancia sanitaria, incluidos los ambientes, procesos, insumos y tecnologías que

[9] República Federativa de Brasil. Ley Nº 9.656 del 3 de junio de 1998 y medida Provisional Nº 1.665, que componen el marco legal de la reglamentación de los planos privados.
[10] Ministerio de Salud. Agencia Nacional de Salud Complementaria (ANS). Información disponible en www.ans.gov.br.
[11] Ley Nº 9.782 del 26 de enero de 1999.

intervienen en su producción. Ejerce también el control sanitario en puertos, aeropuertos y fronteras y es el interlocutor, junto al Ministerio de Relaciones Exteriores, ante instituciones extranjeras para tratar asuntos internacionales en el área de la vigilancia sanitaria.

Entre sus atribuciones se encuentran las siguientes: *coordinar el Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria; establecer normas, proponer, dar seguimiento y ejecutar las políticas, directrices y acciones de vigilancia sanitaria; autorizar registros de productos, según las normas de su área de competencia; conceder y cancelar el certificado de cumplimiento de buenas prácticas de fabricación; prohibir, como medida de vigilancia sanitaria, los lugares de fabricación, control, importación, almacenamiento, distribución y venta de productos y de prestación de servicios de salud, en el caso de violación de la legislación pertinente o de riesgo inminente a la salud; prohibir la fabricación, importación, almacenamiento, distribución y comercialización de productos e insumos en caso de violación de la legislación pertinente o de riesgo inminente a la salud; vigilar la evolución de los precios de medicamentos, equipos, componentes, insumos y servicios de salud; establecer, coordinar y dar seguimiento a los sistemas de vigilancia toxicológica y farmacológica; promover la revisión y actualización periódica de la farmacopea*.

Con el cometido de reglamentar, controlar y fiscalizar los productos y servicios que entrañen riesgos a la salud pública, ANVISA somete al control y fiscalización sanitarios todos los medicamentos de consumo humano, sus sustancias activas y demás insumos, procesos y tecnologías. El registro de medicamentos y la farmacovigilancia operan con el apoyo de la Cámara Técnica de Medicamentos (CATEME), órgano de carácter consultivo compuesto por especialistas no vinculados a la industria farmacéutica y responsable del análisis de los procesos de registro de nuevos medicamentos en el país y de la definición de directrices para evaluarlos.

La regulación de los precios de los medicamentos es responsabilidad de la Cámara de Regulación del Mercado de Medicamentos (CMED)[12], que reúne a representantes de los Ministerios de Salud, Justicia, Hacienda y la Casa Civil de la Presidencia de la República. La CMED tiene entre sus principales funciones regular el mercado y establecer criterios para la definición y el ajuste de precios, incluidos los criterios para nuevas presentaciones de medicamentos. La Medida Provisional 123, por la que se que crea la CMED, establece además el reajuste anual de los precios de los medicamentos a partir del 2004. Los reajustes tienen un techo, definido con base en tres criterios: (i) el índice nacional de precios al consumidor amplio (IPCA), calculado por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE); (ii) un factor de productividad y (ii) un factor de ajuste de precios relativos intra e intersectoriales.

Los procesos de registro, control y rotulación de alimentos, así como los patrones de identidad y calidad de los productos, se establecen en la legislación federal que atribuye responsabilidades específicas a los sectores de la salud y la agricultura. En el sector sanitario, las actividades de inspección sanitaria se descentralizan hacia los gobiernos estatales y municipales, que participan en el análisis técnico de los procesos de registro de los productos. El Ministerio de Agricultura centraliza el registro y la inspección industrial de productos de origen animal, las bebidas, los plaguicidas y los medicamentos de uso veterinario. Los productos agrícolas para exportación se someten a la fiscalización directa del gobierno federal. Los sectores de la salud y la agricultura poseen redes propias de laboratorios que apoyan las acciones de control de alimentos.

La política ambiental brasileña está fundamentada en una legislación específica[13] y en la Constitución de 1998, que establecen el Sistema Nacional del Medio Ambiente, teniendo como instancia consultiva y deliberante el Consejo Nacional del Medio Ambiente y, como órgano ejecutivo, el Instituto Brasileño del Medio Ambiente y los Recursos Naturales Renovables[14].

[12] La CMED fue creada a través de la Medida Provisional 123 del 26 de junio de 2003. El Decreto N° 4.766 del 26 de junio de 2003 reglamenta la creación, las competencias y el funcionamiento de esta entidad.
[13] República Federativa del Brasil, Ley Nº 6.938 de 1981.
[14] Ministerio del Medio Ambiente. Instituto Brasileño del Medio Ambiente y los Recursos Naturales Renovables (IBAMA). Para más información, visitar www.ibama.gov.br.

2.2.4. Desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)

En el 2004 se inició un proceso de discusión de la Iniciativa de Salud Pública en las Américas, con énfasis en el sistema de salud brasileño, que es un sistema descentralizado; este debate resultó en la adaptación del instrumento formulado por la OPS para medir el desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP). Esa iniciativa tiene como objetivo general la promoción de un concepto común de la salud pública y sus funciones esenciales en las Américas; la creación de un esquema para la evaluación del desempeño de las FESP aplicable a todos los países del continente; y la evaluación de la práctica de la salud pública en cada país, basándose en la evaluación del desempeño de las FESP. Las FESP se definen como las condiciones básicas que permiten un mejor desempeño de la práctica de salud pública. El instrumento de la OPS busca definir los indicadores y modelos que permitan el fortalecimiento de la práctica de salud pública a través del reforzamiento de las capacidades necesarias, a partir del supuesto de que si se definen bien las funciones para incluir todas las capacidades requeridas para una buena práctica de salud pública, se asegurará el buen funcionamiento en cada uno de los campos de acción o áreas de trabajo de la salud pública.

Box 2: Lista de las FESP adaptadas al contexto de Brasil

FESP 1 Monitoreo, evaluación y análisis del estado de salud
FESP 2 Vigilancia, investigación y control de los riesgos y daños a la salud
FESP 3 Promoción de la salud
FESP 4 Participación social en la salud
FESP 5 Formulación de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión pública de la salud
FESP 6 Capacidad de reglamentación, fiscalización, control y auditoría en salud
FESP 7 Promoción y garantía del acceso universal y equitativo a los servicios de salud
FESP 8 Administración, desarrollo y formación de los recursos humanos en salud
FESP 9 Promoción y garantía de la calidad de los servicios de salud
FESP 10 Investigación e incorporación tecnológica en salud
FESP 11 Coordinación del proceso de regionalización y descentralización de la salud

El instrumento se adecuó a los principios, las directrices, la estructura legal y organizativa del SUS y, más específicamente, a la realidad de la gestión estatal del SUS. Para responder a la diversidad de situaciones regionales, en cada estado se establecen los parámetros respectivos; no se utilizan parámetros nacionales.

En los dos últimos años, han participado nueve secretarías estatales de salud en el taller de medición de las FESP, que dura tres días. Los resultados preliminares indican que de las 11 funciones esenciales evaluadas, las FESP 7, 8 y 9 obtuvieron la peor medición en la mayoría de los estados, mientras que las funciones 5 y 11 obtuvieron el mejor desempeño en los seis estados[15].

2.3. Financiamiento, gasto y asignación de recursos

El financiamiento del sistema de salud brasileño es mixto, ya que en él coexisten fuentes de recursos públicas y privadas. El financiamiento público representa cerca del 48% del gasto total en salud, y los recursos provienen de los impuestos generales de las tres esferas de gobierno y las contribuciones sociales (federales). La participación de la Unión en el financiamiento del SUS equivalió a poco más del 50% del total destinado al sistema público en el 2004; los estados aportaron cerca del 27% y los municipios el 23%. En el 2006, el presupuesto del Ministerio de Salud fue de R$44,3 mil millones, y en el 2007 debe aproximarse a R$46,8 mil millones. Cerca de la mitad de esos recursos se transfieren a los estados y municipios. La otra mitad cubre los gastos del MS, incluidas las entidades vinculadas a este (INCA, GHC, FIOCRUZ) y los hospitales que el ministerio administra directamente.

El financiamiento privado proviene de las empresas y las familias. El gasto de las empresas se destina, casi en su totalidad, al pago, generalmente parcial, de los seguros o planes de salud para sus empleados y dependientes (*fringe benefits*). El gasto de las familias se

[15] CONASS y OPS/OMS. La Gestión de la salud en los estados: Evaluación y fortalecimiento de las funciones esenciales. Brasilia: CONASS, 2007.

concentra en las franjas de ingresos más elevadas: en 2006, el 30% más rico era responsable del 68% del gasto familiar en salud, mientras que el 30% más pobre respondía por apenas 7% del gasto familiar en salud[16].

Como el Brasil no tiene aún un sistema de cuentas nacionales en salud, no existen datos seguros sobre el gasto total (público y privado) en salud dentro de criterios internacionalmente comparables. No obstante, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que, en el 2004, el gasto total en salud en el Brasil equivaldría al 7,7% del PIB, el gasto público representaría cerca del 3,4% del PIB y el gasto de los hogares correspondería a cerca del 64% del gasto privado (OMS[17]).

Si se compara con el gasto público de otros países que mantienen sistemas públicos de acceso universal se manifiesta la insuficiencia del aporte gubernamental al sistema de salud en el Brasil.. En esos otros países, el gasto público en salud representa, en promedio, el 7,3% del PIB (5,5% a 12,7%).

Cuadro 6: Gasto federal en salud del Brasil, por subsector y función, 2005-2006

Programa	R$ Dic. 2006	
	2005	**2006**
Atención hospitalaria y ambulatoria	7,19	6,54
Atención básica en salud	51,61	70,91
Vigilancia ambiental, epidemiológica y sanitaria	60,06	45,03
Vigilancia, prevención y control de enfermedades	3,84	3,26
Atención especializada en salud	9,73	6,32
Otros programas	7,54	3,62
Presupuesto del MS	44,86	46,21

Fuente: DISOC/IPEA–SIAFI/SIDOR

El Pacto por la Salud[18] introdujo cambios importantes en cuanto a las modalidades de transferencia de recursos a los estados y municipios, al agrupar los recursos transferidos en cinco bloques de financiamiento: a) bloque de atención básica; b) bloque de atención ambulatoria y hospitalaria de complejidad media y alta; c) bloque de vigilancia sanitaria; d) bloque de asistencia farmacéutica; y e) bloque de gestión. Las nuevas reglas se reglamentaron mediante el Decreto Ministerial GM/MS N° 204 del 29 de enero de 2007.

Los bloques de financiamiento tienen componentes que varían de acuerdo con la especificidad de sus acciones y los servicios de salud pactados. Los recursos federales que componen cada bloque se transfieren a los estados, el Distrito Federal y los municipios, de fondo a fondo y a una cuenta única y específica para cada bloque de financiamiento, para financiar las acciones propias del bloque, con apego a los actos normativos específicos. No obstante, los recursos del bloque de asistencia farmacéutica siguen reglas diferentes, en el sentido de que deben colocarse en cuentas específicas para cada componente del bloque y destinarse exclusivamente a las acciones del componente respectivo. Lo mismo ocurre con los recursos federales que provienen de convenios de préstamos internacionales.

Bloque de atención básica[19]

El bloque de atención básica está constituido por dos componentes: (I) el componente Piso de Atención Básica (PAB) Fijo; y (II) el componente Piso de Atención Básica (PAB) Variable.

El componente PAB Fijo se refiere al financiamiento de las acciones de atención básica a la salud cuyos recursos se transfieren mensualmente, de forma regular y automática, del FNS

[16] IBGE, Encuesta de presupuestos familiares 1995-1996.
[17] Sitio web de la OMS: http://www.who.int/nha/country/BRA-S.pdf.
[18] Decreto Ministerial MS/GM 399 de febrero de 2006.
[19] El financiamiento referente al bloque de atención básica está reglamentado por los decretos ministeriales GM/MS N° 648 del 28 de marzo de 2006; N° 649 del 28 de marzo de 2006; N° 650 del 28 de marzo de 2006; N° 822 del 17 de abril de 2006; N° 847 del 02 de junio de 2005 y el Decreto Interministerial N° 1.777 del 09 de septiembre de 2003.

a los fondos de salud del Distrito Federal y los municipios. Los recursos del incentivo a la descentralización de unidades de salud de FUNASA, incorporados al componente PAB Fijo, pueden aplicarse al financiamiento de estas unidades.

Los recursos del componente PAB Variable se transfieren del FNS a los fondos de salud del Distrito Federal y los municipios mediante la adhesión y aplicación de las acciones que deben contar con los respectivos planes de salud. Estas transferencias se destinan al financiamiento de áreas estratégicas en el ámbito de la atención básica de la salud. Entre ellas se incluyen: (I) salud familiar; (II) agentes comunitarios de salud; (III) salud bucal; (IV) compensación de especificidades regionales (5% del valor mínimo del PAB Fijo); (V) factor de incentivo de atención básica a los pueblos indígenas; (VI) incentivo a la atención de salud en el sistema penitenciario; (VII) incentivo a la atención integral de la salud del adolescente en conflicto con la ley, en régimen de reclusión y reclusión provisional; y (VIII) otros que se instituyan mediante un acto normativo específico.

Bloque de atención ambulatoria y hospitalaria de media y alta complejidad

Este bloque tiene dos componentes: (I) componente de límite financiero para la atención ambulatoria y hospitalaria de media y alta complejidad (MAC); y (II) componente de fondo de acciones estratégicas y compensación (FAEC).

El componente MAC de los estados, el Distrito Federal y los municipios se destina al financiamiento de las acciones de media y alta complejidad en salud y de incentivos transferidos mensualmente. Este componente comprende además los recursos para: (I) el Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); (II) el Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU); (III) el Centro de Referencia de Salud del Trabajador; (IV) la adhesión a la contratación de hospitales docentes, hospitales pequeños y hospitales filantrópicos; (V) incentivo al desarrollo de la enseñanza y la investigación universitaria en salud (FIDEPS); (VII) programa de incentivos para la asistencia de la población indígena (IAPI); y (VII) incentivo de integración del SUS (Integrasus).

En el componente se reúnen los recursos destinados al financiamiento de los siguientes renglones: (I) procedimientos regulados por la Central Nacional de Regulación de la Alta Complejidad (CNRAC); (II) trasplantes y procedimientos conexos; (III) acciones estratégicas o de emergencia, de carácter temporal y aplicadas en un plazo predefinido (por ejemplo, el proyecto de cirugía electiva de mediana complejidad); y (IV) nuevos procedimientos que no están relacionados con las constantes de la tabla vigente o que no poseen parámetros para poder definir el límite del financiamiento, por un período de seis meses, con miras a permitir la formación de la serie histórica necesaria para agregarlos al MAC.

Bloque de vigilancia sanitaria

Los recursos que componen el bloque financiero de vigilancia sanitaria de los municipios, el Distrito Federal y los estados representan el agrupamiento de las acciones de la vigilancia epidemiológica y ambiental en salud y de la vigilancia sanitaria[20]. El bloque de financiamiento para la vigilancia sanitaria tiene dos componentes: (I) componente de vigilancia epidemiológica y ambiental en salud; y (II) componente de vigilancia sanitaria. Los recursos de un componente pueden utilizarse en acciones del otro componente, siempre que se hayan previsto en la programación pactada e integrada y tengan la orientación del plan de salud respectivo.

El componente de vigilancia epidemiológica y ambiental en salud se refiere a los recursos federales destinados a las acciones de vigilancia, prevención y control de enfermedades. En este componente se reúnen el actual techo financiero de vigilancia en salud (TFVS) y los siguientes incentivos: (I) subsistema de vigilancia epidemiológica en el ámbito hospitalario; (II) laboratorios de salud pública; (III) actividades de promoción de la salud; (IV) registro de cáncer de base poblacional; (V) servicio de verificación de defunción; (VI) campañas

[20] El financiamiento del bloque de vigilancia sanitaria se detalla en el Decreto Ministerial GM/MS N° 2.473 del 29 de diciembre de 2003; el Decreto Ministerial GM/MS N° 1.172 del 15 de junio de 2004; el Decreto Ministerial GM/MS N° 2.529 del 23 de noviembre de 2004; el Decreto Ministerial GM/MS N° 2.607 del 28 de diciembre de 2005; el Decreto Ministerial N° 2.608 del 28 de diciembre de 2005: y el Decreto Ministerial GM/MS N° 2.606 del 28 de diciembre de 2005.

de vacunación; (VII) monitoreo de resistencia del *Aedes aegypti* a los insecticidas; (VIII) contratación de agentes de campo; y (IX) ETS/sida. A este bloque se incorporarán los recursos de vigilancia sanitaria destinados a acciones de apoyo de laboratorio.

En el componente de vigilancia epidemiológica y ambiental en salud también se incluirán recursos federales, provenientes de acuerdos internacionales, destinados a: (I) el fortalecimiento de la gestión de la vigilancia sanitaria en los estados, el Distrito Federal y los municipios (Vigisus II); y (II) el programa ETS/sida.

El componente de vigilancia sanitaria se refiere a los recursos federales destinados a las acciones de vigilancia sanitaria, denominado techo financiero de vigilancia sanitaria (TFVISA).

Asistencia farmacéutica

El bloque de financiamiento de la asistencia farmacéutica tiene tres componentes: (I) componente básico de asistencia farmacéutica; (II) componente estratégico de asistencia farmacéutica; y (III) componente de medicamentos de provisión excepcional, o CMDE (alto costo y alta complejidad).

El componente básico de asistencia farmacéutica se destina a la adquisición de medicamentos e insumos en el ámbito de la atención básica de salud y de aquellos relacionados con enfermedades y programas de salud específicos, en el contexto de la atención básica. Este componente tiene una parte financiera fija y una parte financiera variable.

La parte financiera fija consiste en un monto per cápita, destinado a la adquisición de medicamentos e insumos para la atención básica, que se transfiere a los estados, el Distrito Federal y los municipios, según lo acordado en las comisiones intergerenciales bipartitas. Los administradores estatales y municipales deben complementar el financiamiento de la parte fija del componente básico, con recursos financieros de contrapartida, medicamentos o insumos, conforme se acuerde en la comisión intergerencial bipartita y se estipula en la política de asistencia farmacéutica vigente.

La parte financiera variable consiste en montos per cápita destinados a la adquisición de medicamentos e insumos para los programas de hipertensión y diabetes, asma y rinitis, salud mental, salud de la mujer, alimentación y nutrición y lucha contra el tabaquismo. Esos recursos deben descentralizarse hacia los estados, el Distrito Federal o los municipios, conforme lo acordado en la comisión intergerencial bipartita. Una porción de los recursos de la parte variable del componente básico de asistencia farmacéutica podrá ejecutarse de manera centralizada a través del Ministerio de Salud (como ocurre con la insulina humana) o puede descentralizarse hacia los estados, el Distrito Federal y los municipios de acuerdo a lo convenido en la Comisión Intergerencial Tripartita.

El componente estratégico de la asistencia farmacéutica se destina al financiamiento de los siguientes programas de salud considerados estratégicos: (I) control de las endemias, tales como la tuberculosis, la lepra, la malaria, la leishmaniasis, el Chagas y otras enfermedades endémicas de alcance nacional o regional; (II) antirretrovirales del programa ETS/sida; (III) sangre y hemoderivados; y (IV) inmunobiológicos.

El CMDE se destina al financiamiento de la adquisición y distribución del grupo de medicamentos destinados a enfermedades crónicas o a tratamientos de larga duración y alto costo, según los criterios establecidos en el decreto ministerial específico. El financiamiento para la adquisición de los medicamentos del CMDE es responsabilidad del Ministerio de Salud y de los estados, según lo acordado en la CIT.

Gestión del SUS

El bloque de financiamiento de la gestión del SUS tiene la finalidad de apoyar las acciones y servicios que contribuyen a la organización y eficiencia del sistema. Este bloque tiene dos componentes: (I) componente para la calificación de la gestión del SUS; y (II) componente para la implementación de las acciones y servicios de salud;

Monitoreo y control de los recursos financieros

Los recursos transferidos del FNS a los fondos de salud de los estados, el Distrito Federal y los municipios deben dejar constancia de su ejecución ante el Ministerio de Salud por medio de un informe de gestión[21], que se elabora anualmente y se aprueba en el respectivo consejo de salud. Este documento es analizado por los órganos de monitoreo, regulación, control y evaluación del Ministerio de Salud, con miras a determinar aquellas situaciones que pudieran contribuir a la actualización de las políticas sanitarias, obtener información para la toma de decisiones en su área de competencia e indicar la necesidad de realizar una auditoría y fiscalización por parte del componente federal del SNA.

El control y seguimiento de las acciones y los servicios financiados por los bloques de financiamiento se llevan a cabo mediante instrumentos específicos que adopta el Ministerio de Salud; corresponde a los entes subnacionales proveer información de forma regular y sistemática. Se prohíbe la utilización de los recursos asignados a los bloques de atención básica, atención ambulatoria y hospitalaria de media y alta complejidad, vigilancia sanitaria, asistencia farmacéutica y gestión del SUS para el pago de: (I) empleados inactivos; (II) empleados activos, excepto aquellos contratados para realizar funciones relacionadas con los servicios de cada bloque; (III) gratificación de cumplimiento de cargos comisionados, excepto aquellos directamente vinculados a las funciones relacionadas con los servicios de cada bloque; (IV) pago de asesorías y consultorías prestadas por funcionarios públicos pertenecientes a la plantilla del mismo municipio o estado; y (V) obras, excepto reformas y adecuaciones. El incumplimiento de las reglas de utilización de los recursos transferidos, así como de los compromisos pactados, puede dar lugar a la suspensión de las transferencias.

El MS instituyó, en febrero de 2006, un conjunto de directrices para la contratación de servicios asistenciales en el ámbito del SUS. Con ese instrumento, el administrador puede complementar la oferta contratando servicios privados de asistencia sanitaria cuando haya utilizado toda la capacidad instalada de los servicios públicos de salud y comprobado y justificado la necesidad por medio del plan operativo de la red propia. En el caso de las entidades filantrópicas y sin fines de lucro, el instrumento deberá ser un convenio, que confiere a estas entidades la condición de socios del poder público. A cambio, el SUS deberá utilizar, como mínimo, 60% de la capacidad de esas instituciones, incluida la instalación médico-hospitalario. La utilización de esas instalaciones para atender a particulares, incluidos aquellos provenientes de convenios con entidades privadas, se permitirá solamente después de agotada su utilización por parte de los pacientes del SUS.

2.4. Suministro de servicios

2.4.1. Oferta y demanda de servicios de salud

El acceso a los servicios de salud está garantizado para la amplia mayoría de la población brasileña. Los datos de una encuesta de hogares[22] indican que el 98% de las personas que informaron haber requerido algún servicio de salud durante el período de referencia dijeron haber conseguido atención cuando la solicitaron. Este porcentaje es ligeramente inferior en el caso de la población con ingresos de hasta un salario mínimo (97%) y un poco superior en la franja de ingresos superiores a los 20 salarios mínimos (99,5%).

La organización de la red pública de servicios de salud en el Brasil se caracteriza por la fuerte presencia de establecimientos privados en la oferta de servicios hospitalarios y de apoyo al diagnóstico y la terapia y, simultáneamente, por la marcada presencia de establecimientos públicos en la oferta de acciones y servicios de salud pública y en la atención ambulatoria.

Según la encuesta de asistencia médica y sanitaria (AMS)[23], realizada por el IBGE en el 2005, existían en el país 77.004 establecimientos de salud, de los cuales 70,4% eran públicos. En 1976, apenas el 18,1% de los establecimientos con hospitalización eran públicos y el resto eran privados; en el 2005, 38,1% (2.727) de los establecimientos con hospitalización eran

[21] Decreto Ministerial GM/MS N° 3.332 del 28 de diciembre de 2006.
[22] IBGE. PNAD 2003, Suplemento Saúde.
[23] IBGE, AMS 2005.

públicos y 74,6% de los establecimientos sin hospitalización eran también públicos. El sistema público está integrado en su totalidad por 59.177 establecimientos de salud, de los cuales 47.110 (79,6%) prestan atención ambulatoria.

Cuadro 7: Número de establecimientos de salud por región, Brasil, 1985-2005

Grandes Regiones	Establecimientos de salud				
	1985	1992	1999	2002	2005
Brasil	28.972	49.676	56.133	65.343	77.004
Norte	1.722	3.513	4.645	5.137	5.528
Nordeste	9.174	13.106	16.265	18.912	22.834
Sudeste	10.977	19.717	21.483	24.412	28.371
Sur	5.221	10.012	9.819	11.757	13.113
Centro-Oeste	1.878	3.328	3.921	5.125	7.158

Fuente: IBGE, Dirección de Encuestas, Departamento de Población e Indicadores Sociales
Encuesta de asistencia médico-sanitaria 1999, 2002 y 2005.

De los establecimientos privados sin hospitalización, apenas el 24% prestaba servicios al SUS. El 64% de dichos establecimientos ofrecía servicios especializados y el 96% de los establecimientos sin hospitalización que disponían de equipos de hemodiálisis también eran privados.

La red municipal garantiza la atención básica y parte de la atención de mediana complejidad. Esta red está constituida por pequeñas unidades de salud (centros y puestos de salud). Según la AMS, el 60,6% de los establecimientos sin hospitalización son públicos y el 59,4% sólo ofrece atención en áreas básicas. La capacidad instalada en términos de equipos es limitada: apenas 11,6% y 7,7% de los establecimientos sin hospitalización tienen, respectivamente, equipos de ultrasonido y rayos X simples.

En el 2005, el país disponía de 443.210 camas de hospitalización en los establecimientos de salud. De este número, apenas el 34% pertenecía a instituciones públicas; 294.244 eran privadas. Sin embargo, para atender a la población, el SUS dispone, además de las camas públicas, de 82% del total de las camas privadas. Vale decir que cerca del 88% de las camas existentes en el país están acreditadas para utilizarse en el sistema público universal. La atención hospitalaria del SUS realizó cerca de 13 millones de hospitalizaciones en el 2005, con una permanencia promedio de 5,9 días[24].

Cuadro 8: Camas de hospitalización en establecimientos de salud por esfera administrativa, Brasil, 1976-2005

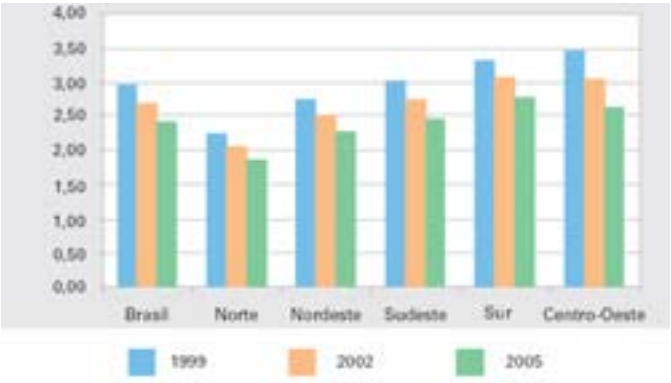
Año	Total	Entidad			
		Pública	%	Privada	%
1976	443.888	119.062	27	324.826	73
1986	512.346	114.548	22	397.798	78
1992	544.357	135.080	25	409.277	75
2002	471.171	146.319	31	324.852	69
2005	443.210	148.966	34	294.244	66

Fuente: IBGE, Dirección de Encuestas, Departamento de Población e Indicadores Sociales
Encuesta de asistencia médico-sanitaria 1999, 2002 y 2005

Si bien se observa una mejoría en la distribución espacial del número de camas en el país entre 1999 y 2005, existe una diferencia considerable entre las regiones en cuanto al tamaño y la capacidad tecnológica de los hospitales. En las regiones Norte y Nordeste predominan los establecimientos de menos de 50 camas, menos equipados y con un cuerpo clínico menos diversificado, mientras que en las regiones Sudeste y Sur se concentran los establecimientos de mayor tamaño y complejidad, con más centros de terapia intensiva.

[24] MS/DATASUS.

Gráfico 3: Número de camas por 1.000 habitantes, por región, Brasil, 1999-2005



Fuente: IBGE, Dirección de Encuestas, Departamento de Población e Indicadores Sociales
Encuesta de asistencia médico-sanitaria 1999, 2002 y 2005.

Los datos más recientes[25] para el conjunto de la población indican que, en el 2003, el número de consultas médicas per cápita fue de 2,4 consultas/año; en las zonas rurales, la tasa desciende a 1,8 consultas/año. Las mayores dificultades de acceso se observan en la región Norte, debido a una oferta insuficiente y a la dispersión de la población. En la misma investigación se señala la atención de la salud bucal como la principal área crítica: 22% de la población entre 5 y 19 de edad años nunca ha tenido acceso a un tratamiento odontológico. En el sistema público, el 63% de los procedimientos ambulatorios se relacionan con la atención básica. En la región Norte, ese porcentaje es del 72%.

La atención ambulatoria en el SUS se clasifica en: atención básica, que incluye medidas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, además de asistencia en especialidades básicas y control de enfermedades; atención especializada (mediana complejidad), en la que participan profesionales especialistas; y atención de alta complejidad, que se basa en el uso de equipos o tecnologías más complejos.

A partir de mediados de la década de los noventa, se estimuló el fortalecimiento de la atención básica como estrategia para reducir la desigualdad de acceso y fomentar la reorientación del modelo de atención de salud, que se centraba excesivamente en la atención hospitalaria. Los mecanismos más importantes utilizados para la expansión de la cobertura y la reducción de las desigualdades interregionales fueron el PAB, un mecanismo de transferencia de recursos sobre una base per cápita, y el Programa de Salud Familiar (PSF).

El PSF ofrece atención de salud a una población definida, en un territorio determinado, mediante la asignación de la clientela a un equipo multiprofesional compuesto por al menos un médico, un enfermero, auxiliares de enfermería y agentes comunitarios de salud (en proporción de un agente por un máximo de 150 familias o 750 personas). Cada equipo de salud familiar debe responsabilizarse del seguimiento de cerca de 1.000 familias. La preparación de los profesionales se realiza a través de polos de capacitación, formación y educación implantados en todas las regiones del país e incluye el estímulo a la promoción de acciones intersectoriales con objeto de intervenir en las condiciones de producción de la salud.

Para el 2005, el programa creado en 1993 estaba aplicándose en 4.986 municipios, con 24.600 equipos en funciones que ofrecían cobertura al 44% de la población del país (78 millones de personas). En 3.995 municipios había además 13.133 equipos de salud bucal en operación (Programa Brasil Sonriente), con una cobertura del 35%. La estrategia moviliza también a 208.000 agentes comunitarios de salud en 5.200 municipios. En el 2005, el MS destinó R$2,7 mil millones a la estrategia de salud familiar para financiar hasta el 60% del costo de los equipos y apoyar los programas de capacitación. El programa tiene mecanismos diferenciados para las zonas más pobres y de población más dispersa, en particular la zona rural de la Amazonía Legal y los municipios con menos de 30.000 habitantes y un IDH igual o menor a 0,7 en las demás regiones. Para esas áreas se aumenta en un 50% el monto de los incentivos para el PSF y los equipos de salud bucal.

[25] IBGE, PNAD Salud 2003.

El Sistema Nacional de Trasplantes (SNT) está presente en 22 estados de la federación, con 540 establecimientos de salud y 1.338 equipos médicos autorizados por el SNT para realizar trasplantes. La red pública es responsable de la mayor parte de los trasplantes realizados en el país. Además de los centros estatales, existen 8 centros regionales, localizados en los estados de Paraná y Minas Gerais. En el estado de São Paulo, las tareas relativas a la captación de órganos se delegaron a 10 hospitales públicos universitarios, denominados organizaciones de búsqueda de órganos. En el 2005, el SUS pagó 11.000 trasplantes de órganos y tejidos. Los gastos por concepto de procedimientos realizados a través del Sistema Nacional de Trasplantes ascendieron a más de R$450 millones en 2005, ó 1,3% del gasto total del MS en acciones y servicios de salud.

Desde el 2003 ha venido implantándose el Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU/192), principal componente de la política nacional del SUS en materia de atención de emergencias. El Ministerio de Salud ha habilitado 114 servicios de este tipo, que ya están operando en 926 municipios, con una cobertura, en todas las regiones, de 92.7millones de personas. El servicio funciona las 24 horas, con equipos que incluyen médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y socorristas que atienden urgencias y emergencias de índole traumática, clínica, pediátrica, quirúrgica, ginecoobstétrica y de salud mental de la población. Se calcula que el sistema absorbe a unos 25.000 profesionales de la salud. Adaptándose a las especificidades regionales, el SAMU incluye en la región Norte, además de ambulancias convencionales, botes ("ambulanchas"), que además del equipamiento básico, cuentan con oxímetros y desfibriladores para atender a la población ribereña en casos de emergencias cardiológicas, además de aspirador, respirador e incubadora neonatal.

Las acciones de saneamiento básico son responsabilidad de los gobiernos municipales, pero, en la mayoría de las localidades, los servicios están a cargo de compañías estatales de saneamiento. El gobierno federal cumple una función preponderante en el financiamiento del sistema, con el aporte de recursos del presupuesto ordinario y líneas de crédito derivadas de las contribuciones al Fondo de Garantía del Tiempo de Servicio (FGTS) por parte de los empleadores y trabajadores. El sistema de salud realiza también acciones de saneamiento básico en zonas rurales y en pequeñas localidades, la mayor parte de las veces asociadas al control de vectores en la lucha contra las endemias. FUNASA realiza obras de saneamiento en lugares de hasta 30.000 habitantes, en zonas rurales e indígenas y en la periferia de las grandes ciudades con índices críticos de calidad de vida.

Las acciones de prevención y control de enfermedades de interés para la salud pública siguen normas establecidas por estructuras técnicas especializadas del Ministerio de Salud, bajo la forma de planes y programas ejecutados en las instancias municipales y estatales del SUS. El gobierno federal es responsable de la coordinación de la gestión del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica; el Sistema Nacional de Vigilancia Ambiental en Salud, incluido el ambiente de trabajo; el Sistema Nacional de Laboratorios de Salud Pública, en lo atinente a la vigilancia epidemiológica y ambiental en salud; los sistemas de información epidemiológicos y el Programa Nacional de Inmunizaciones.

El MS también es responsable de la elaboración y divulgación de información y análisis sobre la situación de la salud que permitan establecer prioridades, dar seguimiento al cuadro sanitario del país y evaluar el impacto de las acciones de prevención y control de enfermedades y dolencias, así como contribuir a la formulación de políticas del Ministerio de Salud. El ministerio promueve la formulación de la política de vigilancia sanitaria y tiene la tarea de regular y dar seguimiento al contrato de gestión de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria. La Secretaría de Vigilancia Sanitaria del MS coordina el proceso de elaboración y seguimiento de la programación pactada e integrada en materia de epidemiología y control de enfermedades (PPI-ECD) y supervisa la ejecución de las actividades técnicas realizadas por el Instituto Evandro Chagas, el Centro Nacional de Primates, el Centro de Referencia Profesor Helio Fraga y el Centro de Almacenaje y Distribución de Insumos Estratégicos[26].

2.4.2. Desarrollo de la fuerza laboral en el campo de la salud

La formación de personal de nivel superior está a cargo de instituciones públicas y privadas. Existe una creciente participación de instituciones privadas, de carácter lucrativo o

[26] Decreto Nº 5.678 del 18 de enero de 2006.

comunitario-filantrópico, en la formación de profesionales de salud como consecuencia de las políticas adoptadas en el país relativas a la expansión de la enseñanza superior a lo largo de la década de los noventa. En 1999, de los 97 cursos de medicina, apenas el 54% estaba relacionado con el sector público; de igual forma, el 38% de los 130 cursos de odontología y cerca de la mitad de los 153 cursos de enfermería y obstetricia. Según datos del Instituto Nacional de Estudios e Investigaciones Educacionales Anísio Teixeira (INEP/MEC), entre 1991 y el 2006, se crearon en el Brasil 78 nuevos cursos de medicina (crecimiento del 98%), 451 nuevos cursos de enfermería (crecimiento del 425%) y 102 nuevos cursos de odontología (crecimiento del 123%). El Censo de Educación Superior 2006 registró un total de 557 cursos de enfermería, 158 cursos de medicina y 185 cursos de odontología a nivel nacional.

En el área de la salud colectiva (posgrados), la capacitación y formación de los recursos humanos y la producción científica y tecnológica corresponden predominantemente a las instituciones públicas. El Ministerio de Salud mantiene la Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arauca (ENSP), una de las unidades técnico-científicas de la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), que presta servicios de referencia en su campo de acción y mantiene cooperaciones técnicas en todos los estados y municipios brasileños. Ofrece pasantías de postdoctorado y cursos de maestría y doctorado en salud pública, en ocho subáreas de concentración: planificación y gestión de sistemas y servicios de salud; epidemiología general; endemias, ambiente y sociedad; salud y sociedad; saneamiento ambiental; salud, trabajo y ambiente; toxicología ocupacional y ambiental; y políticas públicas y salud. Además del ENSP, actúan en la misma área la Escuela de Salud Pública (Universidad de São Paulo, USP), la Universidad Estatal de Río de Janeiro (curso de medicina social) y algunas escuelas de salud pública subordinadas a las secretarías estatales de salud. Todas estas entidades prestan servicios de referencia en el campo de la salud pública y mantienen cooperaciones técnicas con estados y municipios.

El Ministerio de Salud, por medio de la Secretaría de Gestión del Trabajo y Educación en Salud (SGTES)[27], viene trabajando de forma articulada con el Ministerio de Educación para definir una cooperación técnica en la formación y desarrollo de profesionales de la salud, a nivel técnico, de tercer ciclo y de posgrado. Estas entidades han formulado varias estrategias conjuntamente dirigidas a la integración educación—trabajo en el campo de la salud, entre ellas: (1) incentivo y apoyo a los cambios en los cursos de tercer ciclo en el área de la salud y a la aplicación de las directrices curriculares nacionales, como el Programa nacional de reorientación de la formación profesional en salud (Pro-Salud); (2) incentivo y fortalecimiento de las acciones de educación profesional de nivel técnico en salud; (3) fortalecimiento de las acciones de posgrado, en especial las especializaciones en salud familiar y las residencias multiprofesionales en salud y en medicina familiar y comunitaria; y (4) Telesalud, que busca, por medio de la utilización de modernas tecnologías de información y comunicación, la calificación de los equipos de salud familiar, mejorando la provisión de la atención básica en el SUS.

No obstante, persisten serios problemas relacionados con la distribución espacial de los profesionales (ver 2.3.4), que se concentran en los grandes centros urbanos; las desigualdades en cuanto a la remuneración y las formas en que se vinculan y actúan los profesionales de salud, así como procesos de trabajo incompatibles con los objetivos del sistema. Para afrontar esta situación, el MS coordina la elaboración de propuestas de desprecarización del trabajo en el campo de la salud y de un plan de carrera para el SUS con definición de vínculos y carreras.

2.4.3. Gestión de recursos humanos y condiciones de empleo

La gestión de recursos humanos ha sido prioridad en el sistema público de salud y constituye uno de sus mayores desafíos. La mayor parte de los profesionales que integran las instituciones públicas de salud es admitida mediante concursos públicos y se somete al régimen general del personal de la administración pública, definido en las tres esferas de gestión del Estado. Algunas categorías profesionales disponen de reglas nacionales (jornada de trabajo de cuatro horas y posibilidad de acumulación de dos relaciones laborales).

En el 2006, la CIT aprobó las Directrices nacionales para la institución de planes de carreras, cargos y salarios en el Sistema Único de Salud (PCCS/SUS). Las directrices del

[27] Para más información sobre la SGTES, sírvase visitar: www.saude.gov.br/sgtes.

PCCS/SUS incorporan un conjunto de principios históricamente reivindicados en el ámbito del SUS: la universalidad de los planes de carrera; la equivalencia de los cargos o empleos; el concurso público de pruebas o de pruebas y títulos, como única forma de ingreso al servicio para el ejercicio de cargos o empleos y acceso a la carrera, con excepción de la selección pública para agentes de salud y endemias; la movilidad, entendida esta como la garantía de tránsito del trabajador del SUS por las diversas esferas de gobierno; la flexibilidad; la educación permanente; la evaluación del desempeño; el compromiso solidario, dado que el plan de carrera es un convenio firmado entre los gerentes y los trabajadores en pro de la calidad de los servicios, el profesionalismo y la adecuación técnica del profesional a las necesidades de los servicios de salud. En el 2006, 12 secretarías estatales de salud ya poseían sus respectivos PCCS/SUS.

El Ministerio de Salud, con el apoyo de la OPS, mantiene el Observatorio de Recursos Humanos, junto con las universidades y los centros de estudios, con el objeto de monitorear y profundizar el conocimiento del mercado laboral en el campo de la salud, las condiciones de inserción de los profesionales y los mecanismos de educación permanente que están aplicándose en el país. Igualmente, la Secretaría de Gestión del Trabajo ejecuta programas relativos a la desprecarización del trabajo, la regulación del trabajo y la calificación y estructuración.

Los patrones de remuneración en el sistema público son muy variables, asociados a las diferentes capacidades de extracción fiscal de las unidades federadas. En muchos estados y municipios se han instituido formas diversas de tercerización para diferentes categorías profesionales, en algunos casos como mecanismo para dar viabilidad a aquellas contrataciones que no podrían realizarse en el marco de las reglas que limitan el gasto público en personal[28].

En el sector privado se presentan situaciones diversas de relación profesional, que también varían según la categoría profesional. Se observan desde vínculos formales permanentes hasta la prestación ocasional de servicios, sistema de guardias e incluso, algo que parece ser más frecuente, mecanismos de asociación entre el profesional y el hospital en virtud del cual el médico actúa como ente autónomo sin relación de empleo.

2.4.4. Oferta y distribución de los recursos humanos

En el 2005, los establecimientos proveedores de servicios de salud públicos y privados ofrecieron 1,6 millón de puestos de trabajo, incluidos el personal técnico y auxiliar y el personal de nivel superior.

Cuadro 9: Personal que trabaja en establecimientos de Salud, Brasil, 2005

Región	Personal de nivel técnico y auxiliar		Personal de nivel superior		Total
	No.	%	No.	%	
Brasil	751.730	46	870.361	54	1.622.091
Norte	48.076	55	39.147	45	87.223
Nordeste	169.275	48	184.275	52	353.550
Sudeste	366.650	45	447.312	55	813.962
Sur	112.395	45	136.274	55	248.669
Centro-Oeste	55.334	47	63.353	53	118.687

Fuente: IBGE –AMS 2005.

[28] La Ley de Responsabilidad Fiscal establece límites máximos sobre los presupuestos públicos que se pueden destinar a la remuneración de personal.

Ese mismo año, había en el Brasil 870.361 puestos de trabajo ocupados por profesionales de nivel superior en los establecimientos de salud[29], casi un 20% más que el observado en el 2002. Los médicos representaban el 61%, los enfermeros el 13% y los odontólogos el 8,2% de esos profesionales. Todos los demás profesionales de nivel superior ocupaban apenas el 18% de los puestos de trabajo.

Aproximadamente el 51% de los puestos de trabajo de nivel superior está en establecimientos de salud con hospitalización. En el caso de puestos de médicos y enfermeras, ese porcentaje es incluso mayor, con 56,6% y 57,2%, respectivamente. Lo mismo ocurre con los puestos de nivel técnico y auxiliar: los establecimientos con hospitalización acogen al 65,8% de esos profesionales. Los auxiliares y técnicos de enfermería representan el 70,7% y el 73,3%, respectivamente, de esa categoría.

El sector público es responsable del 50,7% de los puestos de trabajo de nivel superior y del 54,1% de los de nivel técnico y auxiliar. Cerca del 35% de los profesionales de nivel superior prestaba servicios en establecimientos públicos municipales de salud.

El número de puestos médicos aumentó en todas las regiones del país en los últimos años. En total, los establecimientos de salud del país generaron 307.952 puestos médicos en 1992; 423.812 en 1999, 466.273 en 2002 y 527.625 en 2005.

Cuadro 10: Personal de nivel superior, por región, Brasil, 2005

Grandes regiones	Total de establecimientos	Población	Personal de nivel superior contratado en establecimientos de salud			
			Total	Médicos	Enfermeros	Enfermero/ médico
Brasil	77.004	181.341.499	870.361	527.625	116.126	0,22
Norte	5.528	14.342.710	39.147	21.412	6.840	0,32
Nordeste	22.834	50.376.463	184.275	105.279	31.488	0,30
Sudeste	28.371	77.271.770	447.312	282.771	54.022	0,19
Sur	13.113	26.603.929	136.274	81.022	16.790	0,21
Centro-Oeste	7.158	12.746.627	63.353	37.141	6.986	0,19

Fuente: IBGE, AMS 2005.

El personal de nivel técnico y auxiliar ocupado en establecimientos de salud era de 751.730 profesionales, de los cuales el 86% tenía una escolaridad de nivel medio.

La distribución regional refleja la desigualdad existente en la distribución de la red de servicios: en las regiones Sur y Sudeste, que juntas congregan el 57% de la población, se encuentra el 64% del personal de nivel medio y el 67% del personal de nivel superior (69% de los cuales son médicos).

Cuadro 11: Personal de nivel técnico y auxiliar contratado en establecimientos de salud, por región, Brasil, 2005

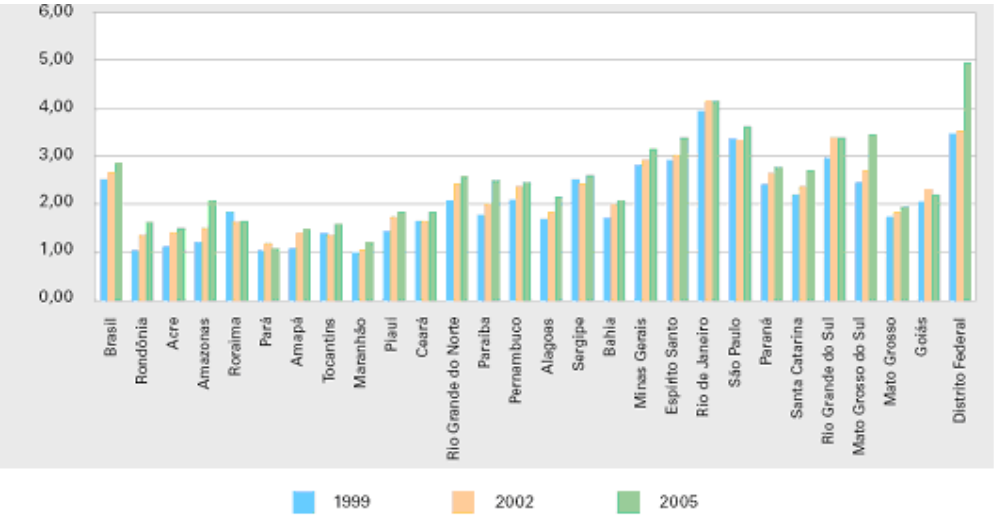
Grandes regiones	Total	Nivel básico	Nivel medio	
		N	N	%
Brasil	**751.730**	**104.177**	**647.553**	86,14
Norte	48.076	5.481	42.595	88,6
Nordeste	169.275	14.487	154.788	91,44
Sudeste	366.650	66.101	300.549	81,97
Sur	112.395	13.933	98.462	87,6
Centro-Oeste	55.334	4.175	51.159	92,45

Fuente: IBGE, AMS 2005

[29] IBGE, AMS 2005.

Los estados de las regiones Sur y Sudeste y el Distrito Federal presentaban la tasa más alta de puestos médicos por 1.000 habitantes (entre 3,5 y 4,9). Las tasas más bajas (menos de dos puestos médicos por 1.000 habitantes) se observan en la región Norte y en algunos estados del Nordeste. Además de las desigualdades en la distribución cuantitativa global, se observa también una elevada concentración de algunas especialidades médicas (cardiología, neurología, urología, ortopedia) en las regiones Sur y Sudeste, así como en las capitales de algunos otros estados, lo que repercute sobre la capacidad del sistema de salud para ofrecer atención en esas especialidades con algún grado de equidad entre los estados.

Gráfico 4: Médicos por 1.000 habitantes, por estado, Brasil, 1999, 2002, 2005



Fuente: IBGE, Dirección de Encuestas, Departamento de Población e Indicadores Sociales Encuesta de asistencia médico-sanitaria 1999, 2002 y 2005

2.4.5. Gobernabilidad y conflicto del sector salud

El Ministerio de Salud coordina a nivel nacional un conjunto de mecanismos para aumentar la capacidad de gestión de conflictos y ampliar la gobernabilidad de las relaciones laborales en el ámbito del SUS. Esos instrumentos se destinan a enfrentar problemas asociados a la precarización, la negociación y la regulación del trabajo.

A tales fines, el principal mecanismo es la Mesa Nacional de Negociación Permanente del Sistema Único de Salud (MNNP-SUS), reinstalada en el 2003 tras seis años de inactividad. La Mesa es un espacio de negociación permanente, vinculado al Consejo Nacional de Salud, en la cual participan el administrador federal, los administradores estatales y municipales, entidades de los empleadores privados del SUS y entidades de los trabajadores del SUS. Es un foro de diálogo, debate y concertación entre gerentes y trabajadores sobre temas relevantes para la calidad y eficacia de los servicios de salud que se ofrecen a la población, en el cual se busca también establecer condiciones más humanas tanto para los trabajadores de la salud como para los usuarios del SUS.

La Mesa refleja el reconocimiento de la necesidad de establecer relaciones laborales democráticas y buscar opciones ante los problemas y conflictos a través de la corresponsabilidad de todos los actores. Su objetivo central es dirimir los conflictos resultantes de las relaciones laborales. La vinculación con el Consejo Nacional de Salud tiene como fin permitir la solución de los estancamientos en las negociaciones, pues de adoptarse posiciones intransigentes, la cuestión podría someterse al arbitraje del plenario del ente colegiado.

Entre los temas atinentes a la MNNP se destacan el plan de cargos y salarios para hacer carrera en el SUS, la jornada de trabajo, la formación y calificación profesionales, la salud del trabajador del sector sanitario, la seguridad social, la reposición de la fuerza de trabajo en el SUS, las modalidades de contratación e ingreso en el sector público, la norma operativa básica sobre recursos humanos en salud (NOB) y la instalación de mesas estatales y municipales de negociación permanente.

2.4.6. Medicamentos y otros productos sanitarios

El Brasil es uno de los mayores mercados mundiales consumidores de medicamentos. Tras un período de retracción en la facturación (en EU$) entre 1999 y 2002, el mercado farmacéutico nacional retomó la trayectoria de crecimiento a partir del 2003; en el 2005, registró una facturación (sin impuestos) del unos EU$9,0 mil millones, un 35% superior a la observada el año anterior. Ese año se comercializaron 1.613.828.000 unidades.

Sin embargo, este mercado presenta una elevada dependencia de las importaciones de productos farmacéuticos. De acuerdo con un estudio realizado por el gobierno brasileño para asistir en la formulación de la política industrial[30], entre 1990 y el 2000 casi se duplicó, la importación de los 1.028 fármacos más importantes del mercado brasileño pasando de EU$535 millones a EU$1.095 millones.

El aumento de las importaciones no se explica por la mera renovación del arsenal terapéutico, con el lanzamiento en el mercado nacional de medicamentos de última generación. De las importaciones de fármacos durante 1998, el 83% tenía patentes originales anteriores a 1977, y el 47% patentes anteriores a 1962. Las importaciones de medicamentos acabados aumentaron de EU$212 millones a EU$1,28 mil millones entre 1990 y el 2000.

El valor de las ventas (sin impuestos) en el mercado interno fue de EU$6,7 mil millones en el 2004[31]. La internalización de la producción de intermediarios de síntesis e intermediarios de uso (principios activos) tiene carácter prioritario en la política industrial del país y dispone de una línea de financiamiento específica del Banco Nacional de Desarrollo Económico y Social llamada PROFARMA.

Gráfico 5: Mercado farmacéutico del Brasil, Valor de las ventas, 1997- 2006

Fuente: GRUPEMEF
Elaboración: Febrafarma/Departamento de
* Acumulado a abril de 2006

ANVISA es el órgano responsable del registro de medicamentos en el país. En el 2005, había 10.762 productos registrados, que sumaban 43.781 presentaciones. Los productos genéricos representaban el 15% de esos productos y el 19% de las presentaciones registradas. La comercialización de productos genéricos, a partir de 1999[32], permitió alcanzar un precio promedio 40% inferior al precio de referencia.

[30] Brasil, Directrices sobre la política industrial, tecnológica y de comercio exterior, 2003.
[31] Febrafarma, Departamento de Economía, 2006, http://www.febrafarma.com.br.
[32] República Federativa del Brasil. Ley Nº 9.787 de 1999.

Cuadro 12: Medicamentos registrados por ANVISA por categoría, Brasil, 2005

Categoría	Productos	%	Presentaciones	%
Nuevo	515	4,79	2.609	5,96
Genérico	1.676	15,57	8.530	19,48
Similar	7.838	72,83	29.898	68,29
Biológico	117	1,09	514	1,17
Fitoterapéutico y homeopático	616	5,72	2.230	5,09
Total	**10.762**	100	**43.781**	100

Fuente: ANVISA

La adquisición de medicamentos consume el 3,09% del presupuesto de las familias con ingresos de hasta R$400,00 y es el renglón más importante del gasto en salud. En las familias de ingresos más bajos representa el 76% de ese gasto.

El gobierno federal ha aumentado cada vez más el volumen de recursos destinados a la provisión de medicamentos para la población por medio del SUS. El financiamiento de la asistencia farmacéutica básica es compartido entre las tres esferas de gobierno. La adquisición y distribución de medicamentos incumbe a los estados y municipios, y corresponde al gobierno federal facilitar los productos estratégicos (antirretrovirales, hemoderivados y antimicrobianos especiales) y los medicamentos de alto costo, estos últimos con la coparticipación de los estados.

En el 2005, el gasto federal en medicamentos alcanzó los R$4,5 mil millones. Los medicamentos estratégicos y los medicamentos de alto costo, cuyo empleo es definido mediante protocolos específicos, representaron el 66,4% del gasto federal en medicamentos ese mismo año.

En el 2004 se creó el Programa Farmacia Popular del Brasil. Uno de los objetivos del programa es beneficiar principalmente a las personas atendidas a través del sistema privado que tienen dificultades para cumplir su tratamiento a causa del costo del medicamento. Por medio de esta iniciativa, el gobierno federal subsidia hasta en un 90% la adquisición de una lista de 12 medicamentos de uso permanente e indicados para el tratamiento de la hipertensión y la diabetes, que se venden en unidades específicas propias del SUS y en farmacias privadas acreditadas. La FIOCRUZ, entidad ejecutora del programa, adquiere los medicamentos de laboratorios farmacéuticos públicos y, de ser necesario, del sector privado, y los transfiere a los puntos de venta a bajo costo.

La legislación brasileña establece como requisito para la instalación de farmacias y droguerías la presencia de un farmacéutico responsable.

Cuadro 13: Principales gastos del MS en medicamentos, Brasil, 2002 – 2005

Programas	2002	%	2003	2004	2005	%
Medicamentos para los programas estratégicos, incluidos los medicamentos para ETS/sida y los inmunobiológicos	997,179.40	40.95	1,379,077.50	1,538,130.00	1,792,320.00	40.02
Incentivo financiero a municipios habilitados en el PAB Variable para asistencia farmacéutica básica Medicamentos para el programa de asistencia farmacéutica básica (R$1,00 por hab./año)	166,399.40	6.83	173,920.90	192,971.90	281,000.00	6.27

Medicamentos de provisión con carácter excepcional (alto costo) mediante transferencia de techo financiero a los estados	437,373.82	17.96	600,138.57	906,130.94	1,182,442.60	26.40
Atención a los portadores de coagulopatías*	273,140.60	11.22	112,445.10	208,000.00	223,000.00	4.98
Medicamentos cubiertos en la atención hospitalaria (AIH + Oncológicos)	560,896.20	23.03	703,523.00	882,000.00	1,000,000.00	22.33
Total	**2,434,989.40**	**100.00**	**2,969,105.07**	**3,727,232.84**	**4,478,762.60**	**100.00**

Fuente: Fuente: DAF/SCTIE/MS
*Observación: Hubo una reducción del valor del gasto en el Factor VIII en razón de la variación de los precios obtenidos: en 2002, US$ 0,41; en 2003, US$ 0,12 a 0,23; en 2004, US$ 0,15.

Inmunobiológicos

Gran parte de las vacunas y sueros utilizados en los programas autorizados, en particular las vacunas contra la tuberculosis, el sarampión, la difteria, el tétanos, la tos ferina, la fiebre amarilla, la rabia humana y la rabia canina, así como los sueros heterólogos (antiofídico, antitetánico, antidiftérico y antirrábico), se obtienen a través del sistema nacional productor de inmunobiológicos, conformado por laboratorios públicos. El fortalecimiento de esos laboratorios públicos ha sido una prioridad en los últimos años. El gobierno federal invirtió en ellos cerca de R$200 millones entre el 2002 y el 2005[33].

El Instituto de Tecnología en Inmunobiológicos (Bio-Manguinhos), unidad de la FIOCRUZ, es el mayor proveedor público de vacunas del Ministerio de Salud. En el 2006, su participación en el mercado nacional fue del 44% entre los productores nacionales. Ese año se produjeron más de 87 millones de dosis de vacunas para la fiebre amarilla, la poliomielitis, SPR, Hib monovalente *(Haemophilus influenzae*) y DPT+Hib, esta última en trabajo conjunto con el Instituto Butantan. Los principales productos en cuanto a volumen de producción son las vacunas contra la poliomielitis (36,6%) y la fiebre amarilla (26,8%).

El país ejecuta además el Programa nacional de competitividad en vacunas (Inovacina), que pretende poner fin a la dependencia y reducir el déficit de la balanza comercial mediante la inversión en producción, desarrollo e innovación tecnológica para la fabricación de inmunobiológicos. Seis vacunas consideradas prioritarias (pentavalente, rabia en cultivo celular, meningitis B y C, hepatitis A y leishmaniasis canina) están en fase final de desarrollo y deberán estar en uso a más tardar en tres años. La vacuna pentavalente, que producirán conjuntamente Bio-Manguinhos y el Instituto Butantan (SP), va a unir a la vacuna triple bacteriana (contra la difteria, el tétanos y la tos ferina) la vacuna contra la hepatitis B y la vacuna contra el *Haemofilus Influenzae* (bacteria que causa la meningitis). Se calcula que en un plazo de cinco años, se producirán otros ocho insumos en los laboratorios nacionales: vacuna conjugada contra la meningitis B y C, rabia en cultivo de tejidos (para uso canino), fiebre amarilla inactivada, *streptococcus pneumoniae*, HPV (virus asociado al cáncer de cuello uterino), poliomielitis inactivada, DTPa (vacuna acelular contra la tos ferina, con menos reacciones adversas) y SPR (vacuna triple viral contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola). Otras seis vacunas están en fase de predesarrollo y deberán estar listas en unos diez años. La vacuna contra la leishmaniasis estaría lista en unos 15 años.

Sangre y hemoderivados

Cerca del 90% de los hemoderivados utilizados en el país se importan, pero el plasma brasileño, materia prima para la fabricación de inmunoglobulina y otros hemoderivados, se

[33] Fuente: DAF/SCTI/MS.

exporta. En el 2005, la importación del factor VII, para atender a casi 9.000 portadores de coagulopatías, representó un gasto de R$226 millones para el MS.

Actualmente se ejecuta la fase inicial de implantación de la Empresa Brasileña de Hemoderivados y Biotecnología (Hemobrás)[34]. Una vez concluida, la empresa garantizará la producción industrial de hemoderivados, a partir del fraccionamiento del plasma obtenido en el Brasil y, excepcionalmente, fraccionará plasma o productos intermedios obtenidos en el exterior, para atender las necesidades internas o de otros países, mediante contrato. La unidad industrial de Hemobrás se construirá en el polo farmacoquímico y biotecnológico, en el municipio de Goiana, región metropolitana de Recife, y tendrá capacidad tecnológica para la fabricación de albúmina, inmunoglobulina humana normal intravenosa, concentrado del factor VIII y concentrado del factor IX.

El control de calidad de la sangre transfundida se inició en el Brasil en 1980, con un incentivo a la donación voluntaria y el inicio de la implementación de una red pública de hemocentros. El uso de sangre, otros tejidos, células y órganos humanos para el tratamiento de enfermedades se reglamenta y fiscaliza a través de ANVISA, que elabora normas y reglamentos técnicos, inspecciona los servicios acreditados, capacita a profesionales y monitorea la ocurrencia de eventos adversos por la utilización de las tecnologías disponibles, con el fin de garantizar la calidad y la inocuidad de estos tratamientos.

Existe una ley específica que norma, desde el 2001, la recolección, el procesamiento, el almacenamiento, la distribución y la aplicación de la sangre y sus hemoderivados[35]. ANVISA coordina el Sistema Nacional de Hemovigilancia en todo el país. Se trata de un sistema de evaluación y alerta organizado para recoger y evaluar información sobre los efectos indeseables o inesperados de la utilización de hemocomponentes para prevenir su aparición o recurrencia.

En el 2006, la red estaba constituida por 33 hemocentros coordinadores y más de 2.000 servicios de hemoterapia registrados en ANVISA. Los hemocentros están asociados a universidades y contribuyen a la formación de personal especializado y al desarrollo científico y tecnológico del área.

2.4.7. Equipos y tecnología

El Brasil importa la mayoría de los equipos médico-hospitalarios, especialmente los equipos de diagnóstico por imágenes. De acuerdo con datos de la Asociación Brasileña de Importadores de Equipos, Productos y Suministros Médico-Hospitalarios (Abimed), las importaciones de máquinas y equipos médicos y hospitalarios aumentaron el 23,3% en 2006 en comparación con el 2005. En el 2004, el sector compró de otros países EU$1.229 millones. En el 2005, las importaciones cerraron en EU$1.572 millones. El año pasado, se elevaron a EU$1.936 millones. La expectativa para el 2007 es concluir el año con importaciones de más de EU$2.000 millones.

La regulación de la incorporación tecnológica es una antigua preocupación del sistema de salud en general y no solo del SUS. El MS instituyó en el 2003 el Consejo de Ciencia, Tecnología e Innovación (CCTI), bajo la coordinación del Departamento de Ciencia y Tecnología/SCTI/MS (DECIT). El CCTI define directrices y promueve la evaluación tecnológica con miras a incorporar nuevos productos y procesos por parte de los gerentes, proveedores y profesionales de los servicios en el marco del SUS.

El Consejo es presidido por el Secretario de Ciencia, Tecnología e Insumos Estratégicos y constituido por representantes de las secretarías del Ministerio de Salud y órganos conexos, además de entes normativos y la Comisión Intersectorial de Ciencia y Tecnología del Consejo Nacional de Salud. EL CCTI cuenta entre sus tareas la de proponer y apoyar medidas para la generación y diseminación del conocimiento científico, tecnológico y de innovación; poner en marcha y dar seguimiento a la gestión del fomento científico y tecnológico en el ámbito del Ministerio de Salud; y definir directrices y promover la evaluación tecnológica en salud. Una de las principales acciones del Consejo fue la creación, en noviembre del 2003,

[34] Establecida en virtud de la Ley Nº 10 972 del 2 de diciembre de 2004.
[35] Ley Nº 10.205 del 21 de marzo de 2001.

de un grupo de trabajo para analizar la evaluación de tecnologías en salud en el marco del SUS.

En diciembre del 2005, se creó una Comisión para la Elaboración de la Política Nacional de Gestión Tecnológica (CPGT) en el ámbito del SUS. La CPGT reúne a representantes de diversas áreas del gobierno y la sociedad. La Política Nacional de Gestión de Tecnologías en Salud (PNGTS) tiene como fin orientar las decisiones de las instancias normativas y los gestores del sistema de salud sobre el conjunto de actividades relacionadas con los procesos de evaluación, incorporación, utilización, difusión y retiro de tecnologías en el sistema de salud. Para ello, la PNGTS define directrices para la acción y establece las responsabilidades institucionales y las articulaciones intersectoriales que se estiman esenciales para abordar la gestión de las tecnologías en salud.

Se han tomado otras medidas para mejorar la gestión de la evaluación tecnológica en salud. En el 2000, el sistema de vigilancia sanitaria inició la certificación de buenas prácticas de fabricación y la capacitación de inspectores, sobre todo en materia de equipos y herramientas de diagnóstico para pruebas in vitro. El Brasil participa en las instancias de armonización de normas internacionales, en el contexto del Mercosur y la *Global Harmonization Task Force*. En el 2004, el DECIT contrató a la Colaboración Cochrane, por medio del Centro Cochrane del Brasil, para apoyar la realización de revisiones sistemáticas y la capacitación de profesionales y gerentes del Ministerio de Salud. En mayo del 2006, por intermedio del DECIT, el Brasil se inscribió oficialmente en la Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (INAHTA), entidad que reúne unas 45 agencias en 22 países. En el 2007, se iniciaron siete cursos de posgrado en gestión de tecnologías en salud bajo los auspicios de la SAS y la SCTIE. Esta acción integra la estrategia de formación y capacitación de recursos humanos.

2.4.8. Calidad de los servicios

La Encuesta Mundial de Salud de la OMS (2004) revela que existe un alto grado de insatisfacción (57,8%) con el sistema de salud en el país, público o privado, aunque con diferencias entre las evaluaciones de los usuarios según el sistema. Cerca del 72% de los titulares de planes privados y el 53,3% de los usuarios del SUS manifestaron estar insatisfechos.

Otra encuesta, realizada en el 2003 por el Ministerio de Salud conjuntamente con el Consejo Nacional de Secretarios de Salud (CONASS), muestra que más del 90% de la población brasileña utiliza algún servicio del SUS. Según la misma fuente, las filas en las emergencias de los hospitales, el largo tiempo de espera para la realización de exámenes y cirugías y la incapacidad de las unidades de salud para acoger a los enfermos son las quejas más frecuentes entre los usuarios del SUS.

Para hacer frente a ese cuadro, el MS ha adoptado medidas normativas, entre ellas la capacitación de profesionales y la institución del HumanizaSUS. Este programa propone una nueva relación entre el usuario, los profesionales que lo atienden y la comunidad, con el objeto de hacer del SUS un sistema más acogedor, más ágil y con instalaciones más cómodas.

Desde 1995 se viene aplicando el Programa Brasileño de Acreditación Hospitalaria[36], que se basa en la evaluación de los servicios frente a modelos definidos en el instrumento normativo federal específico[37]. En 1997, el MS promovió la definición de normas básicas para el proceso de acreditación (acreditación de instituciones acreditadoras, calificación y capacitación de evaluadores y código de ética). El Sistema Brasileño de Acreditación es liderado por la Organización Nacional de Acreditación (ONA), una organización privada de interés colectivo reconocida por el Ministerio de Salud[38] y fundada en mayo de 1999, que busca "promover el desarrollo y la aplicación de un proceso permanente de evaluación y certificación de la calidad de los servicios de salud"; la participación en el sistema es de carácter voluntario. Este proceso

[36] Ministerio de Salud. Decreto GM/MS Nº 1.107 del 14 de junio de 1995.
[37] Ministerio de Salud. Secretaria de Políticas Sanitarias. *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar*. 2ª edición. Brasilia, 1999.
[38] Ministerio de Salud. Decreto GM Nº 538 del 17 de abril de 2001, publicado en la Gaceta Oficial de la Unión del 19 de abril 2001.

viene implantándose lentamente; en el 2005, apenas 45 hospitales, 2 hemocentros y 3 laboratorios clínicos estaban acreditados.

La Procuraduría General del SUS, departamento que sirve de enlace entre el sistema y el ciudadano, recibe las solicitudes, reclamos, denuncias, elogios y sugerencias que realizan los ciudadanos y los pasa a los órganos competentes. La Procuraduría General del Sistema Único de Salud fue creada mediante el Decreto N^{o} 4.726 del 09 de junio del 2003, y forma parte de la estructura del Ministerio de Salud como unidad adscrita a la Secretaría de Gestión Estratégica y Participativa.

2.5. Mapeo institucional del sector salud

El sistema de salud brasileño se compone de dos subsistemas, uno público y uno privado, que se subdividen en cuatro segmentos para la provisión de acciones y servicios sanitarios.

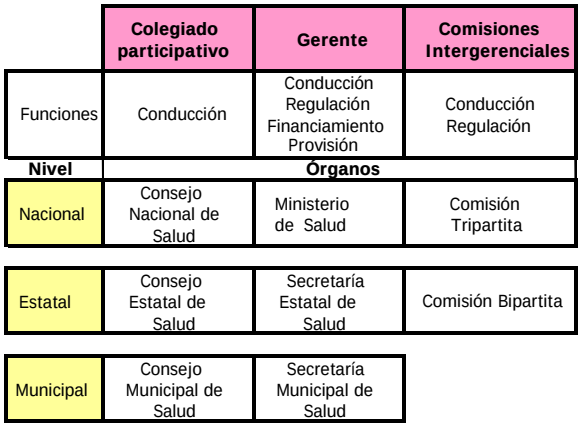
Figura 4: Organización del sistema de salud del Brasil

Sistema de salud del Brasil				
Subsistema	**Público**		**Privado**	
	Universal	Restringido	Prepago	Desembolso directo
Segmento	Público: Unión, estados y municipios	Autogestión / organizaciones públicas	Planes y seguros de salud (complementario)	Privado Autónomo
Porcentaje de la población (uso más frecuente)	75,4% (129,5 millones en la asistencia) 100% si se incluyen las acciones de salud pública y de vigilancia sanitaria	5,1% (9 millones)	19,5% (34,2 millones)	....
Porcentaje del gasto total en salud	41,6%	...	21,0%	37,4%
Acceso	Universal	Clientela cautiva (relación institucional)	Prepago o cobertura por seguro	Desembolso directo
Financiamiento	Impuestos y contribuciones sociales	Empleados y empleadores públicos	Empleados y empleadores o ingresos familiares; subsidios gubernamentales *	Ingresos familiares / subsidios gubernamentales *
Red de servicios utilizada	Propia (pública federal, estatal o municipal), privada filantrópica o lucrativa	Propia, privada filantrópica o lucrativa	Privada lucrativa o filantrópica	Privada lucrativa o filantrópica
Cobertura prevista	Integral (acciones de salud pública, promoción de la salud; atención básica, asistencia ambulatoria especializada y hospitalaria; procedimientos de diagnóstico y terapéuticos, asistencia farmacéutica)	Variable (en general asistencia médica y hospitalaria; procedimientos de diagnóstico y terapéuticos)	Variable (en general asistencia médica y hospitalaria; procedimientos de diagnóstico y terapéuticos)	Variable (en general asistencia médica y hospitalaria; procedimientos de diagnóstico y terapéuticos; medicamentos)

Fuente: Piola, S. y Barros, E. 2005. * Nota: Subsidios indirectos, por medio de exenciones fiscales concedidas a las empresas empleadoras y a las familias.

El sistema público de salud está constituido por tres niveles de gestión que comparten la mayor parte de las funciones de conducción, gestión, financiamiento y suministro en sus ámbitos respectivos.

Figura 5: Estructura institucional y de decisiones del SUS



3. SEGUIMIENTO DE LOS PROCESOS DE CAMBIO Y REFORMA

3.1 Efectos sobre las funciones del sistema de salud

Cuadro 14: Etapas de los procesos de cambio e incidencia sobre las funciones del sistema de salud

Funciones	1990-1994		1995-1999		2000-2005	
Subsector	**Público**	**Privado**	**Público**	**Privado**	**Público**	**Privado**
Conducción	Inicio del proceso de implementación; Reorganización esfera federal; fortalecimiento de las instancias municipales	Expansión del segmento de salud complementaria Ausencia de regulación	Fortalecimiento de instancia estatal; Inicio del proceso de regionalización	Aprobación de ley que regula planes privados Creación de la Agencia Nacional de Salud Complementaria	Aprobación del Pacto por la Salud; Consolidación del papel coordinador de la instancia estatal	Consolidación del sistema de regulación; Inicio del proceso de evaluación de la calidad
Financiamiento	Predominantemente federal; insuficiencia de recursos federales para enfrentar la expansión de la cobertura; aumento del gasto municipal		Creación CPMF, contribución social destinada a la salud		Aprobación Enmienda Constitucional que vincula los recursos de las 3 esferas de gobierno; aumento del financiamiento estatal y municipal	Proceso de concentración económica de las Operadoras de planes de salud
Aseguramiento	Universalización del acceso		Universalización del acceso	Expansión de la cobertura por planes privados colectivos	Universalización del acceso	
Provisión de servicios	Descentralización; Transferencia de la red básica a los municipios; Expansión de la Atención Básica		Fortalecimiento de la atención básica Inicio de la reorganización del modelo de atención		Fortalecimiento de la asistencia farmacéutica; Expansión de la asistencia odontológica; Inversiones en expansión y equipamiento de la red de servicios	

3.2. Efecto sobre los principios orientadores de las reformas

3.2.1. Equidad

El objetivo central de la reforma del sistema de salud, asegurar el acceso universal, se viene alcanzando de forma gradual y creciente. Se observa una franca mejoría en las condiciones de acceso en todas las regiones del país. La cobertura de la atención básica está prácticamente universalizada en todas las unidades federadas, sobre todo en los programas de inmunización.

Subsisten, sin embargo, desigualdades en la cobertura de las zonas rurales y las poblaciones ribereñas de la región Norte. También persisten desigualdades entre regiones del país en cuanto a la oferta de servicios y el acceso a la atención de media y alta complejidad. Los equipamientos de mayor densidad tecnológica están predominantemente en establecimientos privados, lo que determina una elevada concentración en las regiones de mayor ingreso promedio de la población, donde también se concentra la cobertura de los planes de salud privados. En el 2005, el 80% de los equipos de imágenes de la región Sur pertenecían a establecimientos privados La oferta de equipos por parte del SUS es proporcionalmente superior en las regiones Norte y Nordeste.

Cuadro 15: Equipos de diagnóstico por imagen por esfera administrativa y región, Brasil, 2005

Regiones	Equipos de diagnóstico por imagen disponibles en establecimientos de salud						
	Total			Esfera administrativa			
	Total	Disponibles en el SUS	% Disponible en el SUS	Público	Privado		
					Total	% Privado	SUS
Brasil	49.987	22.111	44	12.904	37.063	74.2	14.984
Norte	2.414	1.323	55	1.146	1.268	52.5	508
Nordeste	9.881	4.933	50	3.036	6.845	69.3	3.248
Sudeste	24.771	10.311	42	5.950	18.801	75.9	6.815
Sur	7.928	3.822	48	1.548	6.380	80.5	3.266
Centro-Oeste	4.993	1.722	34	1.224	3.769	75.5	1.147

Fuente: IBGE, AMS, 2005

Uno de los problemas más graves de la desigualdad de acceso es la atención odontológica, que viene abordándose desde 2004 mediante la expansión de la oferta de servicios (Programa Brasil Sonriente). Existen diferencias muy acentuadas entre los diversos grupos de ingresos. La dificultad de acceso es mayor en los domicilios con ingresos más bajos (51% de las personas), pero se verifica también en domicilios con ingresos medianos, aunque en un porcentaje mucho menor (1,5%). En la Encuesta Mundial de Salud de la OMS, realizada por CICT/FIOCRUZ en el 2003, se detectó que en la población de menor nivel socioeconómico, el 56% de las mujeres y el 19% de los hombres mayores de 50 años ya habían perdido todos los dientes naturales. En la franja de mejor nivel socioeconómico, los porcentajes eran 19% entre las mujeres y 12% entre los hombres del mismo grupo de edad, lo que indica que, además de las razones económicas, existe desigualdad en el acceso a servicios odontológicos por razones de género.

Puede observarse una mejoría significativa en la cobertura de la atención al parto: en 1986, la cobertura no sobrepasaba el 80%; en el 2004, fue del 97%, llegando al 99% en las regiones Sudeste, Sur y Centro-Oeste. La tasa más baja observada correspondió a la región Norte, y fue del 90%[39].

3.2.2. Cobertura

Si se toma como punto inicial el año inmediatamente anterior a la aprobación del texto constitucional que instituye el derecho universal a la salud, es posible observar un nítido cambio en el perfil interregional de la oferta de acciones y servicios (cuadro 15). Es significativo el crecimiento del número de consultas por habitante en las regiones más pobres (Norte, Nordeste y Centro-Oeste) y, en consecuencia, una reducción considerable de la desigualdad que existía entre esas regiones y las más ricas (Sur y Sudeste).

El acceso a los servicios de hospitalización también aumentó en las regiones Norte, Nordeste y Centro-Oeste, lo cual refleja la expansión de la cobertura propiciada por el SUS. En

[39] RIPSA, IDB 2006.

las demás regiones disminuyó el número de hospitalizaciones por 100 habitantes, como resultado de los cambios realizados en el ámbito tecnológico, el mayor énfasis en la prevención y la atención ambulatoria y el aumento de la cobertura por parte del sistema privado.

Cuadro 16: Consultas y hospitalizaciones en el sistema público, Brasil, 1987, 1995, 2000 y 2005

Región	Hospitalizaciones del SUS (Egresos)				Consultas			
	Por 100 habitantes				Por habitante			
	1987[1]	1995	2000	2005	1987[1]	1995	2000	2005
Brasil	8,1	8,1	7,0	6,2	1,67	2,2	2,3	2,5
Norte	5,5	6,8	7,2	6,6	0,88	1,3	1,5	2,0
Nordeste	6,2	8,2	7,6	6,4	1,09	1,9	2,1	2,2
Sudeste	8,8	7,2	6,2	5,6	2,21	2,6	2,7	2,9
Sur	10,9	8,2	7,9	6,8	1,76	2,1	2,2	2,3
Centrooccidente	8,1	7,1	7,7	7,2	1,23	2,3	2,1	2,4

Fuente: (1) Banco Mundial (1993), A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: Uma Agenda para os Anos 90 - [1] Producción de hospitalizaciones y consultas por unidades propias, contratadas y acordadas con el INAMPS; (2) RIPSA – IDB 2006.

3.2.3. Disponibilidad y distribución de recursos

El país no dispone aún de un sistema de cuentas nacionales en salud. La OMS calcula que el gasto total en salud en el Brasil representó el 8,8% del PIB en 2004, y que el gasto público en salud per cápita habría sido superior a EU$229 (EU$ PPA) en 1997, o EU$822 dólares PPA en 2004[40]. A pedido del gobierno brasileño, la OMS revisó sus cálculos y, con base en los números revisados, llegó a la conclusión de que los gastos públicos en salud para ese año fueron de R$65,1 mil millones, lo que equivalía al 3,4% del PIB, vale decir, EU$121 dólares corrientes per cápita o EU$306 PPA per cápita (dólar ajustado por la paridad de poder adquisitivo, o PPA).

Cuadro 17: Gasto en salud, Brasil, 2004

Gasto total como % del PIB	8,80%
Gasto público como % del gasto total	54,10%
Gasto total per cápita (US$ tx internacional)	1.520
Gasto público per cápita (US$ tx internacional)	822

Fuente: OMS, Estadísticas 2007

Como proporción del PIB, el gasto público registró una discreta, pero constante, expansión cada año de los cinco últimos años, al pasar del 2,9% en el 2000, año en que el Congreso Nacional aprobó la vinculación de recursos para la salud, al 3,47% en el 2005. Como el gasto federal se mantuvo estable durante ese período, como proporción del PIB, el crecimiento debe atribuirse a los aportes de las esferas subnacionales.

Cuadro 18: Gasto público en salud ejecutado, Brasil, 2000-2005

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Gasto público en salud per cápita (R$)	200,58	232,21	271,79	299,56	358,54	....
Gasto público como proporción del PIB	2,9	3,08	3,21	3,12	3,35	3,47
Gasto federal como proporción del PIB	1,85	1,87	1,84	1,75	1,85	...
% gasto federal en salud / total del gasto federal	3,3	3,6	3,7	3,1	3,5	3,1

Fuente: IDB 2006: Ministerio de Salud/SCTIE/DES/ SIOPS; SE/SPO y Fondo Nacional de Salud - FNS; IPEA e IBGE.

[40] OMS. Informe sobre la Salud en el Mundo 2004 y Estadísticas Sanitarias Mundiales 2007.

El gasto familiar sigue siendo elevado, según los resultados de la Encuesta Mundial de Salud (2003). En la franja de peor situación socioeconómica, el gasto en salud representó ese año el 13,9% del gasto promedio mensual por familia, del cual el 58,9% se destinaba a la adquisición de medicamentos. En la franja de mejor nivel socioeconómico, el mayor renglón de gasto en salud era el pago de planes de salud (37,9%) y el gasto en salud correspondía al 21,4% del gasto promedio mensual de las familias.

Hubo un aumento marcado de la disponibilidad de profesionales de salud en todas las regiones del país, especialmente en las regiones donde había más déficit. En las regiones Norte y Nordeste, por ejemplo, la proporción de enfermeros por 1.000 habitantes pasó de 0,11 y 0,25 en 1995 a 0,48 y 0,53, respectivamente, en el 2005.

Cuadro 19: Profesionales de salud por 1.000 habitantes, por región, Brasil, 1995 y 2005

Región	1995			2005		
	Médicos por mil habitantes	Odontólogos por mil habitantes	Enfermeros por mil habitantes	Médicos por mil habitantes	Odontólogos por mil habitantes	Enfermeros por mil habitantes
Brasil	**1,27**	**0,85**	**0,31**	**1,68**	**1,13**	**0,64**
Región Norte	0,5	0,33	0,11	0,82	0,48	0,48
Región Nordeste	0,73	0,4	0,25	0,99	0,53	0,53
Región Sudeste	1,8	1,25	0,36	2,28	1,59	0,72
Región Sur	1,28	0,83	0,37	1,73	1,19	0,73
Región Centro-Oeste	1,11	0,87	0,33	1,68	1,29	0,65

Fuente: Ministerio de Salud - CGRH-SUS/SIRH.

La distribución de camas de hospitalización entre las regiones también presenta mayor homogeneidad en el 2005 que en 1990, lo que implica una reducción considerable de la desigualdad que solía existir.

Cuadro 20: Distribución regional de camas de hospital por 1.000 habitantes, Brasil, 1990-2005

Región	1990	1992	1999	2002	2005
Brasil	3,71	3,66	2,96	2,7	2,41
Región Norte	2,15	2,25	2,24	2,05	1,85
Región Nordeste	2,92	3,06	2,74	2,5	2,27
Región Sudeste	4,2	4,1	3,03	2,75	2,44
Región Sur	4,18	3,98	3,31	3,08	2,76
Región Centro-Oeste	4,49	4,19	3,46	3,05	2,62

Fuente: IBGE – Encuesta de asistencia médico-sanitaria.

3.2.4. Acceso

Una encuesta de hogares realizada en el 2003[41] indica que el 98% de las personas que buscaron atención lograron obtenerla. Para el total de la población, se determinó que el 2,2% de las personas manifestaron haber tenido dificultades de acceso, ya sea porque procuraron y no recibieron atención o porque no la solicitaron, no obstante necesitarla, por razones de distancia, costo, demora u horario inadecuado. Si bien los problemas graves de acceso afectan a un porcentaje reducido de la población, aún existen problemas serios de demora en la obtención de cuidados, especialmente en la realización de exámenes, consultas especializadas y cirugías electivas. En algunos municipios, la espera para este tipo de atención puede llegar a un año.

[41] IBGE, PNAD Salud 2003.

Cuadro 21: Número de personas según la busca por atención sanitaria, Brasil, 2003

Situación	Número	%
Buscaron atención y fueron atendidas	**25.161.722**	**14,3**
Buscaron atención y no fueron atendidas	**538.790**	**0,3**
No buscaron atención	**150.287.100**	**85,4**
No buscaron porque no tuvieron necesidad	145.272.010	82,6
No buscaron por dificultades de acceso (distancia, costo, demora u horario)	3.375.267	1,92
Total población	**175.987.612**	**100**

Fuente: IBGE, PNAD Salud 2003.

Persisten las grandes diferencias entre las regiones, que se reflejan en las condiciones de acceso y la calidad de la atención. El porcentaje de embarazadas con siete o más consultas prenatales es extremadamente bajo en las regiones Norte y Nordeste, y representan cerca de la mitad de la cobertura asegurada en la región Sur. En cambio, las regiones Sudeste y Sur —donde se concentra la mayor parte de la cobertura por planes privados de salud— presenta tasas de partos por cesárea bastante más altas que el parámetro fijado por el MS, que es de un máximo de 30%.

Cuadro 22: Indicadores específicos, por región, Brasil, 1995, 2002 y 2004

Región	% de partos por cesárea			% de embarazadas con siete o más consultas prenatales		
	1995	2002	2004	1995	2002	2004
Brasil	**37,7**	**39,7**	**42,7**	**49,7**	**46,0**	**52,9**
Región Norte	32,4	30,4	33,2	37,5	25,8	28,7
Región Nordeste	25,5	28,1	31,5	35,0	32,9	36,6
Región Sudeste	46,5	47,9	50,5	62,8	56,3	66,5
Región Sur	43,2	44,3	48,2	55,9	53,2	65,7
Región Centro-Oeste	49,9	44,5	47,6	53,0	52,2	58,4

Fuente: RIPSA IDB 2006

3.2.5. Efectividad

A partir de la década de los ochenta se produjeron avances importantes, que pueden observarse mediante algunos indicadores. Entre 1970 y 1980, la tasa de mortalidad infantil era de 87,88 defunciones por cada 1.000 n.v. Sin embargo, ese promedio nacional incluía disparidades regionales extraordinarias. La tasa promedio de la región Nordeste era 121,4, mientras que en la región Sur era 61,8. En 1991, el censo demográfico mostró un importante descenso con menos de la mitad de la registrada en la década anterior (41,75 por 1.000 n.v.). Este comportamiento reflejaba principalmente los descensos aún más acentuados en las regiones Sur y Sudeste a lo largo de la década de los ochenta.

Aunque la tendencia descendente ha sido general, y en todas las regiones, su intensidad fue mayor en las regiones más desarrolladas, con lo que aumenta la brecha interregional: mientras que en la década de 1970 a 1980 la tasa de la región Nordeste era 1,96 veces mayor que la de la región Sur, en 1991 pasó a ser 2,65 veces. Esta separación se mantuvo a lo largo de los años siguientes, a pesar de que este descenso constante continuó en todas las regiones del país. En 2004, la tasa de la región Nordeste seguía siendo 2,27 veces las de las regiones Sur y Sudeste

Cuadro 23: Mortalidad infantil por región, Brasil, 1997, 2000, 2002 y 2004

Región	1997	2000	2002	2004
Brasil	31,9	26,77	24,34	22,58
Norte	32,19	28,72	26,98	25,51
Nordeste	50,36	41,4	37,24	33,94
Sudeste	23,06	18	15,73	14,92
Sul	17,54	17,03	16,05	14,98
Centro-Oeste	24,36	20,95	19,26	18,7

Fuentes: MS/SVS - SINASC, MS/SVS - SIM

La diferencia de la tasa de mortalidad infantil de acuerdo con los ingresos y el color sigue siendo considerable. Los datos de la PNAD 1996 muestran que, para la población que se autodefinió como de raza negra o mulata y que presentaba niveles de exclusión y de pobreza más acentuados, la tasa de mortalidad infantil era de 62,3 por 1.000 n.v., mientras que la de la población blanca era de 37,3 por 1.000 n.v.[42].

Las diferencias regionales también se mantienen cuando se observan los datos sobre la mortalidad proporcional por enfermedades diarreicas agudas y por infección respiratoria aguda en menores de 5 años. Aunque estas tasas han disminuido en todas las regiones, el descenso fue más acentuado en las regiones Sudeste y Sur.

Cuadro 24: Mortalidad proporcional por causas específicas, por región, Brasil, 1995, 2000 y 2004

Región	Enfermedad diarreica aguda			Infección respiratoria aguda		
	1995	2000	2004	1995	2000	2004
Brasil	8.27	4.53	3.97	9.42	5.94	5.76
Norte	9.21	5.04	4.89	8.49	6.34	7.41
Nordeste	12.96	6.68	6.19	8.08	5.32	5.31
Sudeste	5.38	2.59	1.87	10.48	6.51	5.73
Sur	5.82	3.23	2.13	10.67	5.91	5.19
Centro-Oeste	6.79	4.45	3.91	8.13	5.61	6.23

Fuente: Ministerio de Salud/SVS – Sistema de información sobre mortalidad (SIM). RIPSA, IDB 2006

La proporción de niños con bajo peso al nacer se ha mantenido estable en los 10 últimos años alrededor del 8%.

Cuadro 25: Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer, por año y región, Brasil

Región	1995	1998	2000	2002	2004
Brasil	7,94	7,93	7,7	8,13	8,24
Norte	6,61	6,46	6,32	6,76	6,97
Nordeste	7,01	7,14	6,79	7,24	7,5
Sudeste	9,03	8,8	8,62	9,13	9,14
Sur	7,84	8,11	8,1	8,64	8,63
Centro-Oeste	7,12	7,28	7,05	7,39	7,58

Fuente: Ministerio de Salud/SVS - Sistema de información sobre nacidos vivos (SINASC)

[42] IBGE-PNAD 1996.

3.2.6. Eficiencia

El sistema de salud, tanto en la esfera pública como en la red privada, ha intentado lograr una mayor eficiencia en la asignación y el uso de los recursos. La aplicación de programas de seguimiento y evaluación, la utilización creciente de protocolos y directrices clínicas, la implantación de centros de regulación y el desarrollo de la evaluación tecnológica son medidas que han venido implementándose para asegurar una mayor eficiencia del sistema.

En el plano de los factores determinantes de la salud, se han observado mejorías en la cobertura del saneamiento básico, aunque persisten significativas diferencias en cuanto al acceso a esos servicios según las regiones y los ingresos.

Cuadro 26: Saneamiento básico, Brasil, 1995-2004

Indicadores	1995	1998	2000	2002	2004
% Población con acceso a red de agua	74,52	77,31	75,83	80,49	80,78
% Población con alcantarillado	56,97	61,36	59,15	65,59	67,18
% Población con servicio recolección basura	69,46	76,18	76,42	83,01	83,93

3.2.7. Sostenibilidad

La sostenibilidad del SUS está asociada a tres factores: la existencia de un marco constitucional y legal consolidado; la existencia de mecanismos de financiamiento que aseguran el aporte regular de recursos (aunque insuficientes) para las tres esferas del gobierno; y la legitimidad política y social.

El sistema público de salud ha alcanzado una legitimidad cada vez mayor, a pesar de las deficiencias e insuficiencias que aún subsisten. Las encuestas de opinión sobre salud arrojan grados crecientes de satisfacción de la población con los servicios proporcionados. Las críticas están relacionadas con la demora en la atención, los tiempos de espera y la insuficiencia de medicamentos.

En una encuesta de opinión pública realizada en 1996, el 45% de los entrevistados consideraba que los servicios públicos de salud mejoraron, mientras que el 30% opinaba que permanecieron iguales, con un índice de aprobación mayor entre los usuarios del sistema que entre los que no lo eran: el 51% de los usuarios indicó estar entre 70% y 100% satisfechos con el último tratamiento recibido en el SUS.

La Encuesta Mundial de Salud de OMS (2003) reitera esta tendencia de una aprobación por parte de los usuarios mayor a la que presenta el conjunto de la población: aunque el 58% de los entrevistados se declararon insatisfechos con el sistema de salud (considerado tanto el subsistema público como el privado), cuando se indagó sobre la última atención recibida, la mayor parte de los aspectos sometidos a evaluación se consideró *buena* o *muy buena* en porcentajes superiores al 60% entre los usuarios del SUS. Las mayores insatisfacciones están asociadas al tiempo de espera, la posibilidad de escoger al profesional y el poder participar en la decisión sobre el tratamiento. La encuesta de opinión pública realizada por la Confederación Nacional de Industrias en el 2000 arrojó un 88% de satisfacción con el sistema público de salud.

En cuanto a la gestión, los gerentes reconocen la importancia de las comisiones intergerenciales como espacios de negociación y de acuerdos sobre la asignación de recursos y la programación de acciones. Son, por lo tanto, instancias consolidadas en el marco del sistema.

Igualmente, desde el inicio de la aplicación de la reforma sanitaria, ocurrieron avances importantes en la ampliación de la rendición de cuentas del sistema público. La disponibilidad de información por Internet, a través de Datasus, y la acción fiscalizadora de los consejos de salud han ampliado la democratización de la información y reducido significativamente los casos de fraude contra el sistema, lo cual ha repercutido en la opinión pública.

Ha aumentado la importancia del tema de la salud en la agenda de los partidos políticos, lo que ha generado las condiciones para resistir las presiones de las corrientes contrarias a la vinculación de recursos y la universalidad del acceso. La vinculación

constitucional de recursos para las acciones y los servicios públicos de salud son un reflejo de este movimiento que asegura la sostenibilidad financiera del sistema. Los recursos externos son poco importantes en el presupuesto de salud, menos del 1%, y están dirigidos al financiamiento de las actividades de apoyo a nuevos programas y a inversiones.

3.2.8. Participación social

El aumento de la participación de la sociedad civil en la identificación de problemas, la planificación y la ejecución de acciones en el campo de la salud son algunos de los mayores logros alcanzados en el proceso de construcción del SUS. La participación social está asociada a una mayor divulgación de la información y de los procesos de decisión, especialmente tras la actuación de los consejos y las conferencias de salud. Estos foros permiten además presentar las demandas de la población y una mayor adecuación de las acciones que ofrece el sistema. Actualmente, los consejos de usuarios (50%), profesionales de la salud, representantes de los proveedores de servicios y el gobierno actúan a nivel federal, en los 26 estados, el Distrito Federal y en 5.590 municipios.

Pero la participación de la sociedad no termina en el nivel más alto de la gestión del sistema. Muchas unidades y hospitales públicos han creado consejos u otros foros consultivos directamente relacionados con su conducción, con una importante representación de los usuarios.

El grado de participación aumentó también a partir de 1986, cuando las conferencias nacionales de salud se hicieron más abiertas y dejaron de ser principalmente foros técnicos, al tiempo que las conferencias municipales y estatales de salud pasaron a celebrarse con una periodicidad regular. Además de las conferencias previstas en la ley, que tienen una periodicidad definida, se han realizado conferencias temáticas: salud bucal, salud del trabajador, recursos humanos, salud de la mujer, ciencia y tecnología, salud indígena, las cuales profundizan los debates y establecen directrices específicas.

El Ministerio de Salud también publicó la Carta de los Derechos de los Usuarios de la Salud, con el objeto de divulgar esos derechos entre los ciudadanos, y mantiene la Procuraduría del SUS como un canal de enlace entre el sistema de salud y la población.

Por su parte, la Fundación Oswaldo Cruz mantiene el Canal Salud, un proyecto permanente cuya principal tarea es divulgar el concepto ampliado de salud, a través de una visión integral que incorpora cuestiones pertinentes a la calidad de vida, calidad ambiental, saneamiento, nutrición, prevención, etc. Su programación incluye la difusión de programas educativos destinados a profesionales de la salud y usuarios del sistema. El canal opera vía satélite, es captado a través de antenas parabólicas y mantiene un programa semanal en televisión de señal abierta.

3.3. Actores

A lo largo de las dos décadas transcurridas desde la formulación de la propuesta de reorganización del sistema de salud en el país, muchos actores desempeñaron papeles relevantes.

El inicio del proceso de la reforma sanitaria coincidió con el inicio del proceso de redemocratización del país tras la dictadura militar. En aquel entonces surgieron los movimientos sociales portavoces de las exigencias reprimidas a lo largo de los 20 años de ausencia de libertad de expresión.

La firme adhesión a la propuesta de reorganizar el sector salud surgió del hecho de que aglutinaba los principales valores de la sociedad brasileña de la época. Desde una perspectiva más amplia, la propuesta se fundamentaba en principios relacionados con la justicia social, la participación social, la superación de las desigualdades y el reconocimiento de la igualdad de derechos humanos y sociales. Desde el punto de vista de la organización del Estado, preconizaba la descentralización, la democratización de los procesos de decisión y la articulación de las políticas públicas.

En aquel contexto, estas propuestas ganaron legitimidad y se consagraron victoriosas ante el embate de las presiones de fuertes sectores internos y externos que clamaban por

reformas bajo la doctrina de un Estado mínimo y la focalización de la política social en los sectores de la población que estaban por debajo de la línea de la pobreza. Se logró de esta forma incorporar al texto de la Constitución las disposiciones que permitieron crear un sistema de seguridad social que ofreciera garantías universales de protección social, incluido el derecho universal a la salud, y que atribuyen al Estado la responsabilidad de velar por su cumplimiento mediante acciones sobre sus determinantes y la prestación de servicios de atención integral. La Constitución de 1988 consagró además la tesis de la unificación del sistema público de salud, estableciendo un sistema único de salud que acabaría con la fragmentación entre la asistencia a la población amparada por el seguro de previsión social y la población excluida del mercado formal del trabajo que entonces prevalecía.

Al inicio de la formulación de las propuestas y la articulación política en torno a las mismas, un amplio abanico de fuerzas sociales ejerció un papel de relieve. En la defensa de la propuesta se unieron al movimiento de la reforma sanitaria las universidades, especialmente las áreas de salud pública y de medicina social; segmentos importantes de profesionales de la salud; algunos partidos políticos; parte del movimiento sindical; algunos segmentos del Estado y los movimientos sociales, particularmente aquellos ligados a la salud, al movimiento feminista y a los derechos sociales.

En la etapa siguiente, la etapa de conquista del marco constitucional y legal, este abanico se amplió con la incorporación de partidos políticos representados en el poder legislativo federal, y culminó con la creación del Frente Parlamentario de la Salud, de carácter pluripartidista. La oposición a los cambios preconizados reunió a segmentos profesionales ligados a la asistencia médica de previsión, sectores importantes de los proveedores privados de servicios de salud al Estado, especialmente los de la asistencia hospitalaria privada lucrativa (que temían las consecuencias de una propuesta que produciría la ruptura con el sistema prevaleciente centrado en los hospitales), además de sectores gubernamentales ligados al área económica con sus habituales preocupaciones de índole fiscal.

A partir del inicio de la década de los noventa, con el desencadenamiento de las medidas para implantar el SUS, se producen importantes cambios en el escenario de la salud. La descentralización y la institución de los foros de participación social (consejos de salud y conferencias de salud) incorporan nuevos actores a escena. En el ámbito de la organización y gestión del sistema actúan gerentes subnacionales, consejeros de salud, proveedores de servicios, movimientos de usuarios del sistema, organizaciones de enfermos o sus familiares y profesionales de la salud integrados al sistema que fueron, y siguen siendo, actores que ganaron protagonismo a partir de esta etapa.

La implementación de las políticas de ampliación de la cobertura también transforma el sistema público de salud en un escenario privilegiado para los intereses mercantiles y las empresas productoras de medicamentos, equipos e insumos pasan a participar, directa o indirectamente, en la disputa de este mercado y en la incorporación de tecnología. Sus estrategias mercadotécnicas se dirigen principalmente a médicos, farmacéuticos y, más recientemente, a las asociaciones civiles de enfermos.

Los medios de difusión impresos y la televisión cumplen una función fundamental en este proceso: denuncian las dificultades de acceso, la mala calidad de la atención de salud y otras fallas del sistema público, así como los problemas de los proveedores de planes privados de salud, e igualmente dan a conocer experiencias exitosas. Para unos, los avances no han recibido la relevancia que merecerían. Para otros, la divulgación presenta, en justa medida, la desproporción entre los problemas por resolver y los innegables éxitos alcanzados. Al mismo tiempo, los medios de comunicación operan como difusores de información sobre nuevos medicamentos y equipos, induciendo y reforzando así la presión para que se incorpore “tecnología de punta”.

En los últimos años, el poder judicial, el Ministerio Público y las organizaciones de defensa del consumidor pasaron a tener un papel sin precedentes, sobre todo en favor de que el sistema de salud cumpla con las disposiciones legales que regulan el sector, ya sea en cuanto a la garantía del derecho de acceso a la atención, ya sea por el control del respeto a los contratos que rigen las relaciones entre los planes y seguros privados y sus usuarios.

Las relaciones del poder judicial y el Ministerio Público con el poder ejecutivo han sido de colaboración en algunos momentos y de conflicto en otros. La experiencia de la implementación de una política de Estado como es el SUS, con una estructura jurídica e

institucional claramente definida, aunada a la democratización del proceso de decisión en un ambiente político-institucional marcado por el clientelismo político, ha tenido una gran impacto sobre la gestión pública federal.

La consolidación del sistema resultó en una visible influencia del SUS sobre el diseño institucional de otras áreas de la política pública. El "modelo SUS" incidió claramente en la formulación del Sistema Único de Asistencia Social (SUAS) y del Sistema Único de Seguridad Pública (SUSP). Las conferencias nacionales de salud también copian el formato de participación social y de democratización del proceso de decisión en muchas áreas de la gestión gubernamental (medio ambiente, ciencia y tecnología, políticas agrarias, etc.).

Cuadro 27: Reorganización del sistema público de salud del Brasil: Procesos y actores

Etapa	Procesos	Actores principales
1- Formulación de la propuesta de reorganización del sistema de salud (1978-1986)	- Diseño doctrinario - Elaboración de propuestas de disposiciones constitucionales - Articulación política - Obtención de legitimidad social	Movimiento de Reforma Sanitaria: universidades; sectores de profesionales de la salud; sectores de personal del Estado; sectores del movimiento sindical; algunos movimientos sociales
2- Inclusión en el texto constitucional y elaboración de reglamento (1986-1990)	- Formulación de propuesta de texto legal - Articulación política	Movimiento de Reforma Sanitaria Congreso Nacional (Legislativo) MS Ministerio de Hacienda
3- Aplicación de la legislación; descentralización (1990-1999)	- Reglamentación de los procesos para la aplicación de la legislación - Unificación del sistema público - Transferencia de responsabilidades a las esferas subnacionales - Implementación de políticas (fortalecimiento de la atención básica) - Constitución de consejos de salud	MS CONASEMS CONASS Organizaciones de profesionales de salud Movimientos sociales y ONG Proveedores privados
4- Acciones para la consolidación del sistema (a partir de 2000)	- Propuestas de regionalización de la red de atención de salud - Ampliación del acceso a procedimientos de mayor complejidad (trasplantes, medicamentos excepcionales) - Creación de las agencias reguladoras (ANS y ANVISA) - Fortalecimiento de políticas nacionales - Pacto por la Salud	MS CONASS CONASEMS Proveedores privados Movimientos sociales y ONG Organizaciones de profesionales de salud Operadores de planes y seguros de salud Empresas productoras de insumos (medicamentos y equipos)

4. CONSIDERACIONES FINALES

En el 2008 se cumplen veinte años de la creación constitucional del SUS y 15 del comienzo de la aplicación de las disposiciones legales que lo reglamentan. Se pueden enumerar enormes avances y vislumbrar grandes desafíos.

El mayor avance es, sin duda alguna, la conquista del acceso a acciones y servicios de salud para el 75% de la población. Es cierto que cerca del 25% de la población está suscrita a planes y seguros de salud; el mismo grupo que, antes de la reforma del sistema, se beneficiaba del sistema público de seguridad social de alcance restringido a los trabajadores del mercado laboral formal. Sin embargo, ese grupo se beneficia también de las acciones de carácter preventivo, las acciones de regulación y de vigilancia sanitaria proporcionadas por el sistema, y del uso de servicios de mayor costo o complejidad, como los trasplantes y medicamentos de alto costo.

El sistema ofrece servicios a una escala enorme. En el 2006, 87 millones de personas fueron atendidas por 27 mil equipos de salud familiar, presentes en el 92% de los municipios brasileños. Ese mismo año, el SUS logró la provisión de 2,3 mil millones de procedimientos ambulatorios, 300 millones de consultas médicas, 11,5 millones de hospitalizaciones. Realizó 15.000 trasplantes y más de 200.000 cirugías cardíacas.

Se aplicó un proceso de descentralización que aseguró la efectiva participación de todas las esferas del gobierno en la gestión y el financiamiento del sistema. Se crearon mecanismos de coordinación intergubernamental —las comisiones intergerenciales tripartita y bipartitas— que han sido muy eficaces en la articulación de acciones y en la solución de conflictos. Los foros de participación social —conferencias y consejos— se consolidaron en todo el país.

Todos estos avances no impiden ver los obstáculos que deben superarse y los desafíos que deberán encararse. Asegurar el acceso universal a la atención integral, superando especialmente las dificultades de acceso a la atención de mediana complejidad, exige una política de inversiones orientada a ese objetivo, dirigiendo los esfuerzos hacia la organización de redes regionales resolutivas, con la expansión y calificación de la red pública de prestación de servicios. Mejorar la calidad de los servicios ofrecidos y su efectividad entraña la adopción de medidas para asegurar equipos, disponibilidad de insumos, acciones de calificación y actualización permanente de profesionales, además de inversiones para mejorar las relaciones interpersonales entre los profesionales y entre estos y los usuarios.

Para todo esto es indispensable asegurar un flujo de recursos en un volumen adecuado. El gasto público brasileño actual —3,4% del PIB— representa menos de la mitad del valor asignado por países que tienen sistemas de acceso universal (y que destinan, en promedio, el 7,3% del PIB al financiamiento de sus sistemas de salud). Ampliar el volumen de recursos y preservar los mecanismos que confieran regularidad al financiamiento del sistema son requisitos para la consolidación de los avances y el logro de las mejoras que aún se requieren.

Documentos consultados

1. Almeida, Célia, O Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil - IPEA -1998.
2. Barros, Elizabeth - Integralidade e equidade no acesso aos procedimentos de alta complexidade: um desafio para o SUS, BSB, 2001.
3. Boletim Epidemiológico AIDS Ano XIII nº 3 octubre – diciembre 2000.
4. Emenda Constitucional 29/2000.
5. Sitio web del Ministerio de Salud.
6. IBGE - PNAD 1998: Acesso e Utilização de Serviços de Saúde, RJ 2000.
7. IBGE - Síntese de Indicadores Sociais 2004, RJ, 2005.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE, Indicadores 2000.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociais Mínimos.
10. IPEA - Fernandes et alii, Gasto Social , TD IPEA, 1998.
11. IPEA - Piola, Ribeiro & Reis - Gasto em Saúde, TD IPEA, 2000.
12. IPEA - Piola, Ribeiro & Servo - Gasto em Saúde, 2005 mimeo.
13. Leis 8080/90 e 8142/90.
14. Marques, Rosa e Mendes, Áquilas - SP, 2000.
15. MPO/ Relatório de Avaliação do PPA e IBGE , marzo de 2001.
16. Negri, B e Giovanni, G. - Radiografia da Saúde no Brasil - UNICAMP/MS, 2002.
17. MS - Saúde Brasil 2004 Uma Análise da Situação de Saúde - BSB, 2004.
18. SIS/MS - Estimativas de Impacto da Vinculação Constitucional de recursos para a saúde- Cadernos de Economia da Saúde 1 - BSB – 2001.
19. Vianna ,Solon M.; Nunes, André; Barata, Rita B. e Santos, James Richard S. - Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento - IPEA/OPS - Brasília, 2001.