



# EXTENSIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD BASADOS EN APS

Análisis de la Articulación de los Programas  
Nacionales al Interior del Sistema de Salud en  
BRASIL



**Biblioteca sede OPS - CIP.**

Organización Panamericana de la Salud.

Extensión de los sistemas de salud basados en APS: análisis de la articulación de los programas nacionales al interior del sistema de salud en Brasil

Washington, DC: OPS, @2007

ISBN 978 92 7 5 3 2 8 6 1 3

I. Titulo

1. SISTEMAS DE SALUD

2. PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD

3. PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD

4. BRASIL

WA 540 DB8

**Washington DC,  
Agosto 2007**

Esta publicación fue elaborada por la Unidad de Políticas y Sistemas de Salud, Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud (HSS/HP) de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). La publicación de este documento fue posible gracias al apoyo recibido de la Oficina de Desarrollo Regional Sostenible, Buró para América Latina y el Caribe, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), según los términos del convenio No. LAC-G-00-04-00002-00. Las ideas expresadas en esta publicación son las del autor (es) y no necesariamente reflejan la opinión de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

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](http://www.lachealthsys.org). Para cualquier consulta con respecto a este documento, sírvase contactar con [info@lachealthsys.org](mailto:info@lachealthsys.org).

Organización Panamericana de Salud

## **Extensión de los Sistemas de Salud basados en APS**

Análisis de la Articulación de los Programas Nacionales al Interior del  
Sistema de Salud en Brasil

AGOSTO 2007

## Índice

<b>1. Introducción</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Metodología</b> .....	<b>5</b>
2.1 Encuesta para Jefes de Programas Nacionales .....	5
2.2 Cuestionario estructurado.....	5
2.3 Clasificación .....	6
2.4 Encuesta de percepciones .....	6
<b>3. Criterios de Selección</b> .....	<b>7</b>
<b>4. Breve Descripción de los Programas Examinados</b> .....	<b>7</b>
4.1 Contexto: el Sistema Público de Salud de Brasil .....	7
4.2 Programa Salud de la Familia (PSF) .....	8
4.3 Servicio de atención móvil de urgencia (SAMU 192) .....	8
4.4 Programa de profesionalización de trabajadores de enfermería (PROFAE).....	10
4.5 Salud de la Mujer (SM) .....	10
<b>5. Principales Hallazgos/Resultados</b> .....	<b>11</b>
5.1 Programa Salud de la Familia (PSF) .....	12
5.2 Servicio de atención móvil de urgencia (SAMU 192) .....	13
5.3 Programa de profesionalización de trabajadores de enfermería (PROFAE).....	14
5.4 Salud de la Mujer (SM) .....	16
5.5 Síntesis de los Resultados del Cuestionario .....	17
<b>6. Encuesta de Percepciones</b> .....	<b>19</b>
<b>7. Conclusiones</b> .....	<b>22</b>
<b>8. Anexos</b> .....	<b>25</b>
8.1 Anexo 1 – Lista de Entrevistados .....	25
8.2 Anexo 2 – Glosario de Definiciones Operativas.....	26
8.3 Anexo 3 – Resultados de los Cuestionarios .....	27

## **1. Introducción**

El siguiente estudio sobre “Análisis de la articulación de los programas al interior de los sistemas sanitarios de los países de América Latina y el Caribe y su rol en el fortalecimiento de los mismos “se realizó con el objetivo de analizar la forma en que los Programas Nacionales (PN) se articulan en los Sistemas Sanitarios (SS) en los países de la región, así como la influencia que los mismos tienen sobre el fortalecimiento (o debilitamiento) de los mismos.

Para la recolección de la información se utilizó un instrumento desarrollado por el Programa Regional de TB, adaptado para el propósito, consistiendo en dos cuestionarios para actores clave de los programas seleccionados que establecen tanto el estado de los programas como las percepciones sobre el grado de integración/verticalidad de los programas.

En cada país, se realizan entrevistas presenciales con actores clave de cuatro programas, seleccionados en acuerdo con el punto focal de Políticas y Sistemas en la Representación Nacional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), respectando el criterio de inclusión de dos programas nacionales que estén bien financiados, con recursos nacionales o externos, y dos programas nacionales que comparados con los anteriores, no estén bien financiados. Los actores claves serían escogidos buscando un nivel similar de responsabilidad o jerarquía con el propósito de tener perspectivas comparables entre sí.

En el caso de Brasil, se realizarán entrevistas con los coordinadores nacionales de los programas Salud de la Familia; Programa de Atención de Urgencia/Servicio de Atención Móvil de Urgencia – SAMU; Programa de Profesionalización de Trabajadores de Enfermería – PROFAE; y Programa Salud de la Mujer. De los cuatro, los dos primeros están entre los que presentan volumen de recursos más regulares e de mayor monto. En la selección de los programas se buscó aquellos que representan formas típicas de operación en el sistema.

## **2. Metodología**

### **2.1 Encuesta para Jefes de Programas Nacionales<sup>1</sup>**

La principal actividad del estudio fue la aplicación de una encuesta para Jefes de Programas Nacionales que cuenta con un cuestionario estructurado de 40 preguntas, en su mayoría dicotómicas (elección de SI o NO), con posibilidad de incluir observaciones de ser necesario. Además, contiene una encuesta de percepciones de los encuestados sobre 30 ejemplos de acciones relacionadas con los programas nacionales y la influencia que ejercen sobre el fortalecimiento o el debilitamiento del sistema sanitario.

### **2.2 Cuestionario estructurado<sup>2</sup>**

Para dar mayor objetividad a la información cualitativa de la encuesta y de acuerdo al objetivo del estudio, se diseñó un sistema de puntuación, de tal manera que a cada

---

<sup>1</sup> Este texto está basado directamente en los Términos de Referencia del estudio.

<sup>2</sup> Ídem.

posible respuesta a las preguntas del cuestionario le correspondiera un puntaje para verticalidad y horizontalidad (dependiendo de la respuesta brindada).

El valor asignado a cada variable fue definido acorde a la relevancia asignada a cada pregunta como parte de un todo, es decir las preguntas más importantes y de mayor relevancia brindan mayor puntaje y viceversa.

El puntaje máximo que cada componente puede obtener es de 10 puntos, por lo tanto el puntaje máximo del cuestionario es de 60 puntos. Este puntaje se distribuye entre las dos opciones: *horizontalidad* y *verticalidad*.

Por lo tanto al final de la sumatoria cada cuestionario cuenta con un valor X para horizontalidad (enfoque de articulación horizontal del programa nacional en el sistema sanitario) y un valor Y para la verticalidad (enfoque de articulación vertical del programa nacional en el sistema sanitario). Entre ambos la sumatoria no puede ser mayor a 60. Además esta valoración puede ser desagregada para cada uno de los 6 componentes.

### **2.3 Clasificación**

Para la clasificación y definición del enfoque del programa nacional se aplicará una escala ordinal, de la siguiente manera:

- Cuando el puntaje obtenido para verticalidad u horizontalidad sea igual o mayor al 80% (48 puntos) del puntaje máximo total, se definirá como programa nacional de articulación netamente vertical u horizontal:
  - a. Horizontal: 80 a 100% del valor total para horizontalidad (entre 48 y 60 pts.)
  - b. Vertical: 80 a 100% del valor total para verticalidad (entre 48 y 60 pts.)
  - c. Mixto: de 20 a 79% en cualquiera de los enfoques (entre 12 y 47 pts.)
- Cuando ninguno de los dos enfoques logre el 80% del puntaje máximo se definirá como programa nacional de articulación mixta con predominancia del enfoque que haya obtenido mayor puntaje (vertical u horizontal) existiendo tres niveles de puntaje:
  - a. Débilmente predominante: cuando el puntaje mayor se encuentra entre 51 y 59% del total posible (entre 31 y 35 pts.).
  - b. Moderadamente predominante: cuando el puntaje mayor se encuentra entre 60 y 69% del total posible (entre 36 y 41 pts.).
  - c. Fuertemente predominante: cuando el puntaje mayor se encuentra entre el 70 y 79% del total posible (entre 42 y 47 pts.)

### **2.4 Encuesta de percepciones<sup>3</sup>**

El análisis de percepciones se realizará de forma directa obteniéndose el porcentaje de encuestados que creen que el programa nacional:

- Fortalece totalmente al SS.
- Fortalece parcialmente al SS.
- No fortalece ni debilita al SS.
- Debilita parcialmente al SS.

---

<sup>3</sup> Ídem.

- Debilita totalmente al SS.

### 3. Criterios de Selección

En el caso de Brasil, se realizaron entrevistas con los coordinadores nacionales de los programas Salud de la Familia; Programa de Atención de Urgencia/Servicio de Atención Móvil de Urgencia – SAMU; Programa de Profesionalización de Trabajadores de Enfermería – PROFAE; y Programa Salud de la Mujer. De los cuatro, los dos primeros se sitúan entre los que presentan volumen de recursos más regulares e de mayor monto. En la selección de los programas se buscó aquellos que representan formas típicas de operación en el sistema.

### 4. Breve Descripción de los Programas Examinados

A continuación presentaremos un breve resumen de los “programas” seleccionados y una breve descripción sobre el sistema público de salud del Brasil.

#### 4.1 Contexto: el Sistema Público de Salud de Brasil

Brasil tiene un sistema público de salud nacional, integrado por los niveles federal, estatal y municipal. Opera de modo descentralizado, con autonomía de la gestión en todos los niveles. También el financiamiento de las acciones es compartida entre los tres niveles. El gobierno federal no tiene rol en la provisión directa de servicios de salud, excepto por algunos establecimientos hospitalarios, algunos de referencia nacional, y la provisión de atención a salud de los pueblos indígenas. En ese contexto, los programas nacionales, en general, visan a inducir la incorporación de acciones al sistema de salud. La operación de los mismos, en todos los casos, esta a cargo de los sistemas estatales o municipales. El proceso decisorio, mismo de los programas nacionales propuestos por el nivel federal, contempla previas negociaciones en los foros colegiados del sistema – Comisión Intergestores Tripartita, que reúne gestores de los tres niveles del sistema y Consejo Nacional de Salud, colegiado participativo que congrega gestores, profesionales de salud y representantes de la sociedad civil organizada.

#### Estructura institucional y decisoria del sistema público de salud - SUS

	Colegiado Participativo	Gestor	Comisiones Intergestores
	<b>Funciones</b>		
<b>Funciones</b>	Conduccion	Conducción Regulación Financiamiento Provisión	Conducción Regulación
<b>Niveles</b>	<b>Organismos involucrados</b>		
<b>Nacional</b>	Conselho Nacional de Saúde	Ministério da Saúde	Comissão Intergestores Tripartite
<b>Estadual</b>	Conselho Estadual de Saúde	Secretaria Estadual de Saúde	Comissão Intergestores Bipartite
<b>Municipal</b>	Conselho Municipal de Saúde	Secretaria Municipal de Saúde	

## **4.2 Programa Salud de la Familia (PSF)**

El programa Salud de la Familia integra la Política nacional de atención básica, la cual es la principal estrategia para promover cambios en el modelo de la atención a la salud. Son atribuciones del gobierno federal en la Atención Básica (AB): la elaboración de lineamientos para la atención básica; la ordenación de la formación de recursos humanos; la proposición de mecanismos para programación, control, regulación y evaluación, además de mantener en actividad las bases de datos nacionales del área.

Creado en 1994 como un mecanismo para expandir la cobertura e inducir a la reorganización del modelo de la atención a la salud en el país, el programa fue operacionalizado a través de la implementación de equipos multiprofesionales en unidades básicas de salud, responsables de acompañar un número definido de familias en un área geográfica delimitada. Los equipos desarrollan actividades de promoción a la salud, prevención, y de rehabilitación de las enfermedades más frecuentes. El programa tiene aún como objetivo garantizar mayor racionalidad a la utilización de los demás niveles asistenciales, actuando como “puerta de entrada” del sistema de salud.

Es coordinado, en el nivel federal, por el Departamento de atención básica (DAB), vinculado a la Secretaría de Atención a la Salud (SAS). La ejecución del programa es compartida por los estados, el Distrito Federal y los municipios. Al DAB cabe proponer lineamientos; acompañar la implementación y desarrollar mecanismos de control y evaluación; y prestar cooperación técnica a las instancias subnacionales de gestión en la implementación y organización de la estrategia Salud de la Familia y de las acciones de asistencia básica.

Cada equipo de Salud de la Familia es compuesta por un médico de familia, un enfermero, un auxiliar de enfermería y seis agentes comunitarios de salud. Puede aún ser ampliada y contener un odontólogo, un auxiliar de consultorio dentario y un técnico en higiene dentaria. Incumbe a cada equipo la atención a cerca de 3.000 a 4.500 personas (o de mil familias) de una área determinada. Los equipos prestan atención en las unidades básicas de salud y en las residencias. Existían, en 2006, 26.729 equipos actuando en 5.106 municipios, en todas las regiones del país, brindando servicios a un 46% de la población (85,7 millones de personas). Fueran aportados al programa recursos de aproximadamente US\$ 1,650 millones en el año de 2006.

El gobierno federal participa en el financiamiento de la AB a través de la transferencia de recursos globales compuestos por una fracción per capita (Piso de atención básica - PAB Fijo) e una fracción variable definida segundo la adhesión a los programas (PAB Variable). El Programa Salud de la familia integra la parte variable y los montantes de recursos son proporcionales al número de equipos y a la proporción de la población que es atendida por el programa. Los recursos financieros federales son transferidos mensualmente, de forma regular y automática, del Fondo Nacional de Salud a los Fondos del Salud del Distrito Federal y de los municipios.

## **4.3 Servicio de atención móvil de urgencia (SAMU 192)**

El Servicio de atención móvil de urgencia (SAMU 192) es un programa que busca asegurar la prestación de socorro a la población en casos de urgencia. Es un servicio que ofrece atención 24 horas al día con equipos de profesionales de salud compuestas por médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y socorristas, que atienden a urgencias de naturaleza traumática, clínica, pediátrica, quirúrgica, gineco-

obstétrica y de salud mental. Utiliza transporte terrestre, fluvial (“ambulanchas”) y aéreo (helicópteros y aviones, estos últimos para asegurar el transporte ínter estadual).

El Programa es parte de la Política nacional de atención a urgencias. Es operado de forma descentralizada, en colaboración con estados y municipios. El nivel federal establece los lineamientos para el funcionamiento, define los mecanismos de operación y protocolos, apoya la capacitación de los recursos humanos y es responsable de todas las inversiones necesarias para su implantación y por 50% de los recursos necesarios a su manutención.

Existen en el país actualmente (agosto 2007) 118 Servicios de atención móvil de urgencia habilitados en la red nacional SAMU 192. Los municipios atendidos por el SAMU totalizan 980, alcanzando 94,9 millones de personas con cobertura, en todas las regiones del país. El SAMU está presente en todas las capitales de los estados.

**Brasil, 2007. SAMU 192 - Cobertura**

<b>Región</b>	<b>Nº Municipios</b>
Norte	35
Nordeste	317
Sudeste	146
Sur	348
Centro Oeste	134

Fuente: Coordinación de la atención de urgencia y emergencia/SAS/MS

El MS prevé la necesidad de un total de 292 servicios para ofrecer cobertura a toda la población del país. La previsión es que sean implantados hasta el final de 2008 un número adicional de 59 servicios y que al final de 2009 sea posible ofrecer cobertura a todos los municipios del país. Todos los servicios habilitados disponen de una Central de regulación que actúa en la selección y el direccionamiento de los pacientes a los servicios de la red. La acción de estas Centrales está orientada por normas de regulación médica y protocolos definidos por el nivel central del programa. Son también definidos y utilizados nacionalmente padrones visuales en estos servicios.

Existen actualmente 21.247 profesionales, en todos los estados, trabajando en la red de atención del SAMU (3.703 médicos, 2.391 enfermeros, 5.702 auxiliares y técnicos de enfermería, 5.130 conductores de vehículos de rescate, además de otros profesionales). La capacitación de los profesionales es promovida por el MS, particularmente en los siguientes temas: urgencias clínicas, urgencias traumáticas, urgencias psiquiátricas; urgencias obstétricas y pediátricas. También se realizan cursos para preparar el socorro a eventos con múltiples víctimas (catástrofes y desastres).

El programa mantiene asociaciones con las fuerzas armadas, en especial Marina y Aeronáutica, para operaciones en áreas de acceso difícil, especialmente poblaciones ribereñas en la región amazónica. También actúa de forma articulada con la Policía Rodoviaria Federal y con el Cuerpo de Bomberos en todo el país.

#### **4.4 Programa de profesionalización de trabajadores de enfermería (PROFAE)**

El programa de Profesionalización de los trabajadores de enfermería (PROFAE) fue instituido en 1999 para enfrentar una situación en que la presencia de elevado número de profesionales (aproximadamente 225.000 profesionales) actuando en el sistema de salud en actividades propias de enfermería sin la habilitación técnica profesional necesaria para el ejercicio de sus funciones comprometía la calidad de los servicios. El bajo grado de escolaridad formal de gran parte de estos profesionales les impedía de acceder a los cursos regulares de formación.

La estructura organizacional contempla una gestión centralizada en el Ministerio de Salud y ejecución descentralizada en estados y municipios, utilizando la mayoría de las escuelas técnicas públicas y privadas del país, las instituciones de enseñanza superior con capacidad para apoyar a los docentes de educación técnica, a las Secretarías estatales de educación (SE) y de salud (SES), entre otros. Las metas propuestas eran: profesionalizar 225 mil trabajadores de salud como auxiliares de enfermería; promover la escolarización de 95 mil trabajadores que no habían concluido la educación fundamental y ofrecer la complementación de estudios a 90 mil auxiliares en enfermería para habilitarlos como técnicos en enfermería. También se intentaba promover la oferta de cursos de especialización en formación pedagógica para educación profesional en el área de enfermería (en nivel de posgrado) a 12 mil docentes de los cursos de calificación profesional del PROFAE.

El programa ya ofreció formación a 207.844 auxiliares y técnicos en enfermería y 80.124 concluyeran la complementación de auxiliar hacia técnico de enfermería. También se ofreció formación de posgrado a 13.161 docentes especialistas en educación profesional. En la secuencia, con la creación en 2003 de la Secretaría de gestión del trabajo y educación en salud (SGTES), la estrategia se concentró en el fortalecimiento y modernización de las Escuelas técnicas de salud, vinculadas al Ministerio de Salud o a las secretarías estatales y municipales de salud y de educación. También se realiza el monitoreo del mercado de trabajo y de formación en salud.

#### **4.5 Salud de la Mujer (SM)**

La acción del gobierno federal en el área de la salud de la mujer ocurre desde 1984, cuando se instituyó el Programa de atención integral a la salud de la mujer (PAISM). En 2004 el MS formuló la “Política nacional de atención integral a la salud de la mujer – principios y lineamientos”, construida de modo a ajustarse las acciones a las proposiciones del SUS, respetando las características descentralizadas del sistema de salud. Esa política contempla acciones de promoción de salud, reducción de morbi-mortalidad, y acciones en salud reproductiva, de prevención y tratamiento de los principales problemas de salud que afectan a las mujeres (cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, embarazo de alto riesgo, etc.).

Desde 2004 está en vigor el “Pacto nacional por la reducción de la mortalidad materna y neonatal” que busca reducir el índice de muertes de mujeres y neonatos en por lo menos 15% hasta 2007. El Pacto es un movimiento que define metas y estrategias de intervención de modo articulado con las secretarías estatales y municipales de salud, la Secretaría especial de políticas para las mujeres – SEPM, la Secretaría especial de políticas de promoción de la igualdad racial – SEPPIR, la Secretaría especial de derechos humanos, entre otras organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil,

con apoyo del Congreso Nacional, a través de la Comisión de la familia y seguridad social de la Cámara de los Diputados.

Las acciones en el área también se realizan en colaboración con otros departamentos y áreas técnicas, para la implementación de proyectos especiales como Salud de la población indígena (FUNASA), ETS/Sida, Salud de la mujer trabajadora (SGTES y Área técnica de salud del trabajador). Hay además colaboración con otros ministerios para el desarrollo de programas y proyectos, como Salud de la mujer negra (Secretaría especial de políticas de promoción de la igualdad racial - SEPPIR) y Violencia contra la mujer (Secretaría especial de políticas para Mujeres y Secretaría nacional seguridad pública).

En 2005 los derechos sexuales y reproductivos se convirtieron en prioridad gubernamental en el área de la salud con la aprobación del documento “Derechos sexuales y reproductivos – una prioridad del gobierno”, que presenta los lineamientos para garantizar los derechos de los hombres, las mujeres y los/las adolescentes en el que se refiere a la salud sexual y reproductiva. Para concretizar esa política en el sistema, se estableció, entre otras, las siguientes prioridades: ampliación de la oferta de métodos anticonceptivos reversibles; distribución de material educativo; capacitación de profesionales de la salud en reproducción humana asistida en la red pública y ampliación del acceso a la esterilización quirúrgica voluntaria.

La política también prevé la calificación de profesionales de maternidades de todo el país en atención obstétrica y neonatal humanizada con base en evidencias científicas, la sensibilización de profesionales en la atención humanizada a los niños y niñas de bajo peso (Método Canguro), la calificación de profesionales del área médica en reanimación neonatal y auxiliares de reanimación, en colaboración con la Sociedad Brasileña de Pediatría (SBP), además de la calificación de parteras tradicionales. Opera por medio de la red regular de provisión de servicios del sistema público de salud y sus acciones son totalmente financiadas con recursos nacionales.

## **5. Principales Hallazgos/Resultados**

La presentación de los principales hallazgos está dividida según los instrumentos aplicados que componen la Encuesta de Jefes de Programas Nacionales (cuestionario estructurado y encuesta de percepciones). A continuación se describen los resultados de la aplicación de los Cuestionarios para cada programa. Los resultados de los cuestionarios presentan el grado de horizontalidad o verticalidad de cada programa.

Una advertencia inicial es necesaria. Dada la naturaleza de las relaciones federativas en Brasil, la configuración descentralizada del sistema de salud y el rol del Ministerio de Salud, no subsisten en el SUS programas verticales *strictu sensu*. En la mayor parte de los casos, mismo cuando denominados “programas” las acciones conducidas por el MS se aproximan más de la gestión de políticas o de la implementación de estrategias de intervención. La operación de los programas ocurre utilizando las redes de servicios de estados y municipios. Hay además un marco legal que define con claridad los principios doctrinarios y organizativos que deben regir la acción del sistema. Así que el análisis de las informaciones provenientes de la aplicación del cuestionario debe considerar esta particularidad del sistema de salud.

## 5.1 Programa Salud de la Familia (PSF)

El **Programa Salud de la Familia (PSF)** obtuvo un puntaje de 47 para horizontalidad y 12 para verticalidad lo que representa un porcentaje de 88% y 12% respectivamente, que lo configura como un programa nacional que se articula al sistema de salud con un enfoque netamente horizontal.

### Porcentajes por componente

Componente	Salud de la Familia	
	H	V
	12	0
	100%	0%
<b>Organización</b>	4	0
	100%	0%
<b>Financiamiento</b>	10	0
	100%	0%
<b>RRHH</b>	12	2
	86%	14%
<b>Provisión Servicios</b>	3	2
	60%	40%
<b>Información</b>	6	2
	75%	25%
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>6</b>
	<b>88%</b>	<b>12%</b>

Fuente. Elaboración de la autora con base en las respuestas a la Encuesta de Jefes de Programas Nacionales. OPS/ 2007

El PSF integra la Política Nacional de Atención Básica, sendo la principal estrategia para promover cambios en el modelo de atención a la salud. El programa cuenta con un plan estratégico que está enmarcado en los lineamientos de la política nacional de salud y depende orgánicamente del Ministerio y de las secretarías en los niveles de gestión estatal y municipal.

La toma de decisiones requiere aprobación de instancias colegiadas (Consejo nacional de salud) y debe ser concertada entre las diferentes esferas de gestión en las comisiones intergestores. El programa puede realizar contratos en los niveles de gestión estatal y municipal. También realiza acciones de coordinación intersectorial e interprogramática. Las políticas específicas (salud de la mujer, adulto mayor, etc.) son implementadas en la red por medio del programa Salud de la Familia.

Existe personal dedicado exclusivamente a las acciones de salud de la familia en todos los niveles de gestión. No hay personal contratado con recursos internacionales. Los incentivos existentes en el programa son destinados al fortalecimiento del sistema y ampliación de la estrategia salud de la familia. Los incentivos no están destinados a los profesionales.

La toma de decisión en los niveles estatal y municipal no requiere la aprobación del programa nacional. Dado que el programa es operado a través de la red, las preguntas que se refieren a la existencia de un laboratorio propio para el programa no se aplican y fueron desconsideradas para el puntaje.

Noventa nueve por ciento de los recursos del programa son públicos, 49% del nivel federal, 50% de los niveles estatal y municipal, y 1% es recurso externo reembolsable. Los recursos externos son administrados por el Ministerio y no hay incertidumbre sobre el financiamiento.

Los mecanismos de adquisición de insumos y medicamentos son propios del sistema descentralizado (estatal y municipal). Hay situaciones donde la adquisición ocurre a través de consorcios.

El programa se destina a la provisión de la atención básica por eso las preguntas sobre la existencia de actividades en el segundo y tercero niveles de atención no aplican. No obstante, el programa se articula con los diferentes niveles de atención para asegurar el acceso a todos los niveles. Todas las políticas implementadas en el sistema incorporan acciones de promoción y prevención respondiendo al principio de integralidad de la atención.

No hay personal contratado directamente por el programa nacional para provisión de servicios. Las capacitaciones se refieren a los lineamientos y políticas, procesos de trabajo, protocolos que son repasados al personal de la red. Hubo necesidad de capacitación específica del personal para adecuación al perfil del médico de familia y no de especialidades.

No hay paquete básico de servicios. Para efecto de cálculo per capita se usa un elenco de acciones que son necesariamente ofertadas. El programa cuenta con su propio sistema de registro de información y usa el sistema de notificación y vigilancia unificado del Ministerio. Elabora informes periódicos de la información epidemiológica y operacional del programa.

## 5.2 Servicio de atención móvil de urgencia (SAMU 192)

El **SAMU** obtuvo un puntaje de 42 para horizontalidad y 13 para verticalidad lo que representa un porcentaje de 76% y 24% respectivamente, que lo configura como un programa nacional que se articula al sistema de salud con un enfoque mixto, con fuerte predominancia del enfoque horizontal.

Porcentajes por componente

Componente	SAMU	
	H	V
<b>Rectoría</b>	9	3
	75%	25%
<b>Organización</b>	2	2
	50%	50%
<b>Financiamiento</b>	7	3
	70%	30%
<b>RRHH</b>	8	2
	80%	20%
<b>Provisión de Servicios</b>	8	1
	88%	12%
<b>Información</b>	8	2
	80%	20%
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>13</b>
	<b>76%</b>	<b>24%</b>

Fuente. Elaboración de la autora con base en las respuestas a la Encuesta de Jefes de Programas Nacionales. OPS/ 2007

El SAMU es un programa que busca asegurar la prestación de socorro a la población en casos de urgencia y emergencia. El programa cuenta con un plan estratégico e integra la Política Nacional de Atención a Urgencias, Política Nacional de Salud y depende orgánicamente del Ministerio y de las secretarías en los niveles de gestión estatal y municipal. La toma de decisiones no requiere aprobación de instancias del Ministerio.

El programa no permite la realización de contratos por parte de los niveles de gestión estatal y municipal. Realiza acciones de coordinación intersectorial e interprogramática. Existe personal dedicado exclusivamente a las acciones del programa en todos los niveles de gestión. La toma de decisión en los niveles estatal y municipal requiere la aprobación del programa nacional. Como el programa es operado a través de la red descentralizada, las preguntas que se refieren a la existencia de laboratorio nacional no se aplican y fueron desconsideradas para el puntaje.

El programa no recibe recursos externos. No hay incertidumbre sobre el financiamiento. Los mecanismos de adquisición de insumos son los mecanismos propios del sistema descentralizado (estatal y municipal). Hay contratación de personal en el nivel federal a través de organismos internacionales pero con recursos nacionales que son transferidos a los organismos internacionales.

El programa implementa incentivos que son destinados al fortalecimiento del sistema, no están destinados a los profesionales. Realiza actividades en el primer, segundo y tercer niveles de atención. Todas las políticas implementadas en el sistema incorporan acciones de promoción y prevención respondiendo al principio de integralidad de la atención.

No hay personal contratado por el programa nacional para ninguno de los niveles de atención. No hay personal contratado directamente por el programa para provisión de servicios. Las capacitaciones se refieren a los lineamientos y la política, procesos de trabajo, protocolos y son realizadas como parte de de la capacitación para personal de los servicios de salud.

Las actividades del programa no integran un paquete básico porque no hay paquete básico de servicios. El programa cuenta con su propio sistema de registro de información y usa el sistema de notificación y vigilancia del Ministerio y de las secretarías estatales y municipales. Informes periódicos con la información epidemiológica y operacional del programa son elaborados.

### **5.3 Programa de profesionalización de trabajadores de enfermería (PROFAE)**

El **PROFAE** obtuvo un puntaje de 41 para horizontalidad y 14 para verticalidad lo que representa un porcentaje de 74% y 26% respectivamente, que lo configura como un programa nacional que se articula al sistema de salud con un enfoque mixto, con fuerte predominancia del enfoque horizontal.

### Porcentajes por componente

Componente	PROFAE	
	H	V
<b>Rectoría</b>	11	1
	91%	9%
<b>Organización</b>	2	2
	50%	50%
<b>Financiamiento</b>	7	0
	100%	0%
<b>RRHH</b>	10	6
	62%	38%
<b>Entrega Servicios</b>	7	3
	70%	30%
<b>Información</b>	4	2
	66%	34%
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>14</b>
	<b>74%</b>	<b>26%</b>

Fuente. Elaboración de la autora con base en las respuestas a la Encuesta de Jefes de Programas Nacionales. OPS/ 2007

El PROFAE fue instituido para enfrentar una situación caracterizada por la presencia de un elevado número de profesionales sin la habilitación técnica profesional necesaria para el ejercicio de sus funciones.

El programa cuenta con un plan estratégico enmarcado en la Política de Salud. Depende orgánicamente del Ministerio y la toma de decisiones requiere aprobación de instancias del Ministerio. El programa permite la realización de contratos por parte de los niveles de gestión estatal y municipal. Realiza acciones de coordinación intersectorial e interprogramática.

El programa realiza actividades en el primer, segundo y tercer nivel de atención. Todas las políticas implementadas en el sistema incorporan acciones de promoción y prevención respondiendo al principio de integralidad de la atención. No hay incertidumbre sobre el financiamiento del programa. Los recursos externos, menos que 1%, son administrados por el Ministerio. No hay adquisición de insumos en el programa.

Existe personal dedicado exclusivamente a las acciones del programa solamente en el nivel federal. El programa opera descentralizadamente en estados y municipios, utilizando la mayoría de las escuelas técnicas públicas y privadas del país y instituciones de educación superior. Hay contratación de personal en el nivel federal a través de organismos internacionales pero con recursos nacionales que son transferidos a los organismos internacionales.

La gestión de los RRHH esta a cargo del Ministerio. No hay contratación por otras instancias de gestión. El programa implementa incentivos que son destinados al fortalecimiento del sistema, no están destinados a los profesionales. Las capacitaciones se refieren a los lineamientos y la política, procesos de trabajo, protocolos y son realizadas como parte de la capacitación para personal de los servicios de salud.

El programa cuenta con su propio sistema de registro de información y elabora informes periódicos.

#### 5.4 Salud de la Mujer (SM)

El **Salud de la Mujer (SM)** obtuvo un puntaje de 41 para horizontalidad y 11 para verticalidad lo que representa un porcentaje de 78% y 22% respectivamente. Se clasifica como un programa nacional que se articula al sistema de salud con un enfoque mixto, con fuerte predominancia del enfoque horizontal.

##### Porcentajes por componente

Componente	Salud de la Mujer	
	H	V
<b>Rectoría</b>	12	0
	100%	0%
<b>Organización</b>	2	2
	50%	50%
<b>Financiamiento</b>	10	0
	100%	0%
<b>RRHH</b>	4	4
	50%	50%
<b>Entrega Servicios</b>	7	1
	87%	13%
<b>Información</b>	6	4
	60%	40%
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>11</b>
	<b>78%</b>	<b>22%</b>

Fuente. Elaboración de la autora con base en las respuestas a la Encuesta de Jefes de Programas Nacionales. OPS/ 2007

El programa cuenta con un plan estratégico enmarcado en la Política de Salud. Depende orgánicamente del Ministerio y la toma de decisiones requiere aprobación de instancias colegiadas (Consejo Nacional de Salud) y concertación entre las esferas de gestión en las comisiones intergestores. El programa permite la realización de contratos por parte de los niveles de gestión estatal y municipal. También realiza acciones de coordinación intersectorial e interprogramática.

Existe personal dedicado exclusivamente a las acciones del programa solamente en el nivel federal. El programa opera descentralizadamente a través de la red de servicios estatal y municipal. La toma de decisión en los niveles estatal y municipal no requiere la aprobación del programa nacional. Como el programa es operado a través de la red, las preguntas que se refieren a la existencia de un laboratorio propio del programa no se aplican y fueron desconsideradas para el puntaje.

No hay incertidumbre sobre el financiamiento del programa y no hay financiamiento con recursos externos. El programa utiliza los mecanismos de adquisición de insumos del Ministerio solamente para adquisición de contraceptivos. El programa realiza actividades en el primer, segundo y tercer nivel de atención. Todas las políticas implementadas en el sistema incorporan acciones de promoción y prevención respondiendo al principio de integralidad de la atención.

Hay contratación de personal en nivel federal a través de organismos internacionales pero con recursos nacionales que son transferidos a los mismos. La gestión de los RRHH esta a cargo del Ministerio. No hay personal del programa contratado por otras instancias de gestión. El programa no implementa incentivos propios para los RRHH

de los servicios. Los incentivos son destinados al fortalecimiento del sistema, no están destinados a los profesionales.

Las capacitaciones se refieren a los lineamientos y la política, procesos de trabajo, protocolos y son realizadas como parte de la capacitación para el personal de los servicios de salud. Las actividades del programa no integran un paquete básico porque no hay paquete básico de servicios. El programa no cuenta con su propio sistema de registro de información porque los sistemas de información existentes incorporan las variables del programa.

## **5.5 Síntesis de los Resultados del Cuestionario**

Los resultados de la encuesta realizada con los coordinadores de los programas nacionales se presentan a continuación.

- Todos informaron que los programas cuentan con un Plan Estratégico, enmarcado en la Política de Salud, orientados por el Plan Nacional de Salud. En la elaboración del Plan se consideraron el análisis de los determinantes de salud, excepto en el programa que se destina a la capacitación de profesionales, pero estos temas integran los contenidos de la capacitación ofertada.
- Los programas dependen orgánica y administrativamente del Ministerio de Salud y el proceso de toma de decisiones incluye, en general, la aprobación de instancias superiores. La coordinación del SAMU afirmó que esto no ocurre en relación al programa. Algunas decisiones pueden ser sometidas a la aprobación del Consejo Nacional de Salud y a la Comisión Intergestores Tripartita.
- Hay elevado grado de desconcentración en la gestión de los programas, disfrutando los niveles subnacionales de autonomía para realización de contratos necesarios a la implementación de los programas. Solo SAMU no lo permite en el caso de ambulancias y equipos.
- Todos los programas realizan sus acciones de forma coordinada con otras áreas del MS y/o con organismos gubernamentales extra sectoriales. Las acciones intersectoriales involucran una lista diversificada de organismos, en consonancia con el objeto de los programas, que van desde las Secretarías Especiales de Promoción de la Igualdad Racial y el Ministerio del Desarrollo Social hasta las Fuerzas Armadas, la Policía Rodoviaria y el Cuerpo de Bomberos.
- Todos los programas tienen sus acciones formalmente enmarcadas en normas regulatorias, reglamentadas por un cuerpo de portarías ministeriales.
- El SAMU y el PSF cuentan con recursos humanos dedicados exclusivamente a sus acciones en todos los niveles del sistema. El PROF AE opera por medio de las estructuras existentes de formación y capacitación de recursos humanos, vinculadas a los sistemas de Salud o de Educación. El Salud de la Mujer opera por medio de la red de servicios de los estados y municipios.
- La toma de decisiones por los niveles subnacionales es sometida a aprobación del nivel nacional en el caso del SAMU y del PROF AE. El PSF y SM aseguran autonomía de decisiones a los gestores subnacionales, respetadas los lineamientos de los PN.
- Los entrevistados consideraron que los ítems 12, 13 y 14 no se aplicaban a sus programas.

- Los programas son financiados principalmente por recursos nacionales. En el SAMU y el SM la totalidad de los recursos federales se originan del Tesoro Nacional. En el PSF menos que 1% del total de recursos es originario de préstamo externo reembolsable. El PROF AE contó con 50% de recursos provenientes de préstamo externo reembolsable en su etapa de implantación. Los recursos externos son administrados por la coordinación del PN al interior de la gestión financiera del MS. Los coordinadores del PSF, SM y SAMU tienen expectativa de que los recursos destinados a sus programas se incrementen en los próximos años. En el PROF AE se espera que los recursos se mantengan en los niveles actuales.
- En todos los PN, los recursos aportados al programa son complementados por aportes de los niveles subnacionales en por lo menos 50%. En SAMU apenas los recursos destinados a inversiones en adquisición de ambulancias y sus equipamientos son soportados exclusivamente por recursos federales. Los recursos humanos, mismo cuando alocados estrictamente a acciones del PN integran los cuadros de personal de las instancias subnacionales.
- En el PSF las adquisiciones de medicamentos e insumos son totalmente descentralizadas. El SAMU y el PN realizan centralizadamente la adquisición de ambulancias y sus equipamientos; los demás insumos son adquiridos descentralizadamente. El PROF AE realiza sus acciones por medio de las estructuras de formación existentes y no realiza adquisiciones específicas. Así que no se aplican a estos PN los ítems 20 y 21 relacionados al almacenamiento y distribución. El SM adquiere de forma centralizada algunos medicamentos y insumos (por ejemplo, los que se destinan a acciones relacionadas a la salud reproductiva) y utiliza los mecanismos de compra, almacenamiento y distribución del MS.
- SAMU, SM y PSF mantienen acuerdos con organismos internacionales para apoyo a la gestión y a través de los mismos realizan contratación de personal complementar para su equipo, en el nivel central. En general, estos acuerdos se realizan con transferencia de recursos nacionales a los organismos internacionales para estos fines. En estos casos, la contratación ocurre con remuneración compatible con la escala salarial del MS y la gestión de los RRHH es realizada por la coordinación del PN. La coordinadora del SM no tenía conocimiento de esas escalas.
- Dado que la ejecución de las acciones de los programas es responsabilidad de los estados y municipios, los profesionales de los programas en estos niveles integran los cuadros de personal respectivos. El aporte de los PN se resume a incentivos o complementaciones.
- Con la excepción del PSF, que se destina a ofrecer atención básica, las acciones de los demás programas involucran a todos los niveles de atención. Los equipos regulares de los servicios de salud son responsables por las acciones, no existiendo personal contratado por los programas para la provisión de servicios de salud.
- En el sistema de salud del país, lo cual tiene el mandato constitucional de ofrecer atención universal e integral, no se aplica el concepto de “paquete básico”. En el caso del SAMU, hay un elenco de acciones aseguradas en todos los servicios que están integrados a su red, y es en este sentido que la coordinación considera que hay un “paquete básico” que estipula mínimos para la atención a urgencias y emergencias. Lo mismo ocurre con el SM.
- Todos los PN contemplan acciones relacionadas a la promoción y prevención.

- Todos cuentan con sistemas de registro y de información, con excepción del SM, que utiliza los sistemas de las áreas de atención. Las acciones de vigilancia en salud integran un sistema nacional coordinado por el MS (notificación, registro, análisis). Los sistemas propios de los PN en general se destinan al monitoreo de procesos y resultados de los programas. La información producida es puesta a la disposición de gestores, profesionales y del público en general, sea por medio de sistemas electrónicos (vía Internet) sea por la producción de boletines y reportes regulares. El SM no tiene sistema ni boletín propio, pero disemina información en boletines de otras áreas de atención. Esas informaciones son utilizadas en la gestión nacional y están a disposición de los gestores subnacionales para que sean utilizadas. Los coordinadores nacionales no están seguros sobre el grado de utilización de la información en los niveles subnacionales, que estiman sea diferenciado.

## 6. Encuesta de Percepciones

En el cuadro 10 se resumen los resultados de las encuestas de percepciones en términos globales separando las respuestas en dos grandes categorías: aquellas que afirman que las opciones del programa nacional *fortalecen* el sistema sanitario (en esta categoría se agrupan las respuestas “fortalece totalmente” y “fortalece parcialmente”) y aquellas opciones de los programas nacionales que los encuestados consideran que *debilitan* el sistema sanitario (aquí se agrupan las respuestas “debilitan parcialmente” y “debilitan totalmente”).

### Brasil: Porcentajes totales por cada opción

	Opciones	Fortalece	Debilita
1	La coordinación interprogramática del Programa	75%	0
2	El desarrollo de un sistema de vigilancia e información propio para el Programa	75%	0
3	La capacitación exclusiva del personal de los servicios de salud para el Programa	75%	0
4	La administración directa de todos los recursos financieros por parte del Programa	75%	0
5	La realización de estudios de vigilancia para el Programa	75%	0
6	La utilización de estándares de calidad en los laboratorios	75%	0
7	La jerarquización y verticalización de decisiones y acciones en el Programa	75%	0
8	El logro del compromiso político para la implementación y expansión de los objetivos del Programa	100%	0
9	La realización de acciones coordinadas con otros sectores (educación, prisiones, etc.)	100%	0
10	La realización de actividades de prevención y promoción como parte de las acciones del Programa	100%	0
11	La inclusión de los servicios de otros proveedores de salud del sector estatal (P Ej. Seguro Social)	50%	50%
12	La inclusión de servicios de salud de proveedores privados.	75%	0
13	La presencia de proyectos de cooperación que hagan las mismas actividades del Programa.	50%	50%
14	La implementación de la estrategia regional/nacional	75%	0

	del Programa.		
15	La introducción de normas y estándares internacionales para la atención que brinda el Programa.	75%	0
16	La movilización de activistas y representantes comunitarios en las acciones del Programa	75%	0
17	Los proyectos de cooperación de iniciativas globales centradas en enfermedades específicas (P Ej. Fondo Global	75%	0
18	La transferencia de conocimientos a la comunidad	100%	0
19	La realización de campañas de cambio de comportamiento específicas para el Programa	100%	0
20	La realización de investigación a diferentes niveles del Sistema Sanitario	100%	0
21	La presencia de administraciones diferentes para el manejo de fondos desembolsados para el Programa (diferentes instancias de administración debido a diferentes fuentes de financiamiento)	25%	50%
22	La contratación o designación de responsables del Programa en todos los niveles de gestión	75%	0
23	La supervisión desde el nivel central a los niveles intermedios	75%	25%
24	La supervisión desde el nivel central a los niveles regionales y locales	75%	25%
25	La aprobación desde el nivel central de todas las decisiones de los niveles intermedios y locales.	50%	50%
26	El financiamiento por la cooperación externa de iniciativas que no son prioridades del sector	0	100%
27	El establecimiento de incentivos para que el personal del servicio de salud cumpla las metas del Programa	75%	25%
28	La garantía de estabilidad laboral del personal del Programa y de los servicios de salud.	100%	0

Fuente. Elaboración de la autora con base en las respuestas a la Encuesta de Jefes de Programas Nacionales. OPS, 2007 (Brasil).

El 100% de los encuestados creen que los siguientes ítems *fortalecen* al sistema de salud, en un rango que va desde “fortalece totalmente” hasta “fortalece parcialmente”:

- *El logro del compromiso político para la implementación y expansión de los objetivos del Programa*
- *La realización de acciones coordinadas con otros sectores (educación, prisiones, etc.)*
- *La realización de actividades de prevención y promoción como parte de las acciones del Programa*
- *La transferencia de conocimientos a la comunidad*
- *La realización de campañas de cambio de comportamiento específicas para el Programa*
- *La realización de investigación a diferentes niveles del Sistema Sanitario*
- *La garantía de estabilidad laboral del personal del Programa y de los servicios de salud.*

El 75% de los encuestados creen que los siguientes ítems *fortalecen* al sistema de salud, en un rango que va desde “fortalece totalmente” hasta “fortalece parcialmente”:

- *La coordinación interprogramática del Programa*
- *El desarrollo de un sistema de vigilancia e información propio para el Programa*
- *La capacitación exclusiva del personal de los servicios de salud para el Programa*
- *La administración directa de todos los recursos financieros por parte del Programa*
- *La realización de estudios de vigilancia para el Programa*
- *La utilización de estándares de calidad en los laboratorios*
- *La inclusión de servicios de salud de proveedores privados*
- *La implementación de la estrategia regional/nacional del Programa*
- *La introducción de normas y estándares internacionales para la atención que brinda el Programa*
- *La movilización de activistas y representantes comunitarios en las acciones del Programa*
- *Los proyectos de cooperación de iniciativas globales centradas en enfermedades específicas (P Ej. Fondo Global)*
- *La contratación o designación de responsables del Programa en todos los niveles de gestión*
- *La supervisión desde el nivel central a los niveles intermedios*
- *La supervisión desde el nivel central a los niveles regionales y locales*
- *El establecimiento de incentivos para que el personal del servicio de salud cumpla las metas del Programa*

Las opiniones se dividen cuanto a las cuestiones abajo. Cincuenta por ciento de los encuestados sostiene que los siguientes ítems fortalecen al sistema mientras 50% sostiene que debilitan:

- *La inclusión de los servicios de otros proveedores de salud del sector estatal (P Ej. Seguro Social).*
- *La presencia de proyectos de cooperación que hagan las mismas actividades del Programa.*
- *La aprobación desde el nivel central de todas las decisiones de los niveles intermedios y locales.*

La opción que se refiere al “financiamiento por la cooperación externa de iniciativas que no son las prioridades del sector” – obtuvo unanimidad de los respondientes que creen que esas iniciativas debilitan fuertemente al sistema.

El coordinador del PSF considera que “el desarrollo de un sistema de vigilancia e información propio del PN” y “la presencia de administraciones diferentes para el manejo de fondos desembolsados para el programa” debilitan fuertemente el sistema de salud. También ve como factores de debilitación parcial la “jerarquización y verticalización de decisiones y acciones en el programa” y “la aprobación desde el nivel central de todas las decisiones de los niveles intermedios y locales”.

Para la coordinadora de SAMU son factores que debilitan fuertemente al sistema “la presencia de proyectos de cooperación que hagan las mismas actividades del programa” y el manejo de fondos por diferentes instancias administrativas. La coordinadora del SM entiende que “la presencia de proyectos de cooperación que hagan las mismas actividades del PN”, “la presencia de administraciones diferentes en el manejo de fondos”, “la aprobación desde el nivel central de todas las decisiones de los niveles intermedios y locales” y “el establecimiento de incentivos para el personal de servicios para que cumplan las metas del programa” debilitan fuertemente al

sistema sanitario. También considera que debilitan parcialmente a lo mismo la supervisión desde el nivel central a los niveles intermedios, regionales y locales.

Cinco ítems fueron considerados neutros por algunos de los coordinadores. PROFAE considera que ‘la coordinación interprogramática’ del PN no ejerce influencia y no fortalece ni debilita el sistema de salud. Para la coordinadora del SM, son neutros los siguientes factores: “la inclusión de los servicios de otros proveedores de salud del sector estatal”; “la implementación de la estrategia regional/nacional del programa”; “la introducción de normas y estándares internacionales” y “la presencia de administraciones diferentes en el manejo de fondos”.

## 7. Conclusiones

A continuación se presenta el resumen de los resultados por cada Programa Nacional.

### Brasil: Resultados por cada PN

PN	Horizontalidad	Verticalidad
PSF	88%	12%
SAMU	76%	24%
PROFAE	74%	26%
SM	78%	22%

Fuente. Elaboración de la autora sobre la base de las respuestas a la Encuesta de Jefes de Programas. OPS/ 2007

PN	Enfoque
PSF	Horizontal
SAMU	Mixto (predominancia fuertemente horizontal)
PROFAE	Mixto (predominancia fuertemente horizontal)
SM	Mixto (predominancia fuertemente horizontal)

Fuente. Elaboración de la autora sobre la base de las respuestas a Encuesta de Jefes de Programas. OPS/ 2007

De los cuatro programas evaluados, un fue calificado como programa de articulación netamente horizontal y tres como programas mixtos, con fuerte predominancia horizontal.

Componentes	PSF		SAMU		PROFAE		SM	
	H	V	H	V	H	V	H	V
Rectoría	100%	0	75%	25%	91%	9%	100%	0
Organización	100%	0	50%	50%	50%	50%	50%	50%
Financiamiento	100%	0	70%	30%	100%	0	100%	0
RRHH	86%	14%	80%	20%	62%	38%	50%	50%
Provisión de servicios	60%	40%	88%	12%	70%	30%	87%	13%
Información	75%	25%	80%	20%	66%	34%	60%	40%
<b>TOTAL</b>	<b>88%</b>	<b>12%</b>	<b>76%</b>	<b>24%</b>	<b>74%</b>	<b>26%</b>	<b>78%</b>	<b>22%</b>

De los seis componentes analizados, fue más evidente el enfoque horizontal en los aspectos de *rectoría* y *financiamiento*.

Todos los programas evaluados dependen orgánica y administrativamente del Ministerio de Salud y cuentan con un plan estratégico enmarcado en la Política de Salud y, con excepción del SAMU, permiten la elaboración de contratos o cartas de intención por parte de los niveles de gestión subnacional. Los programas realizan acciones de coordinación intersectorial e interprogramática, y requieren para la aprobación de sus normas alguna regulación del nivel nacional.

El financiamiento de salud cuenta con menos de 1% de recursos internacionales y estos son siempre administrados por el Ministerio. De los cuatro programas analizados dos no cuentan con financiamiento externo. El financiamiento es tripartito (los gobiernos federal, estatal e municipal aportan recursos).

Los programas no se utilizan únicamente de los mecanismos de adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos, insumos y equipamientos del Ministerio, pero no se puede identificar eso como verticalidad porque los mecanismos utilizados siguen el sistema descentralizado (mecanismos de la secretaria estatal y municipal), pudiendo usar consorcios y otras modalidades.

El componente organización/estructura, con excepción del PSF, obtuvo resultado mixto. En los 4 programas hay personal responsable dedicado exclusivamente a las acciones en el nivel nacional. SAMU y PSF tienen personal exclusivo en los niveles estatal y municipal; PROFAE y SM no tienen. La inexistencia de personal dedicado exclusivamente a las acciones del SM en los demás niveles de gestión es porque el programa es operado por la red descentralizada.

La toma de decisiones en los diferentes niveles de gestión no requiere la aprobación del Ministerio porque hay autonomía de gestión en las tres esferas de gobierno aún que SAMU haya respondido que hay necesidad de aprobación del Ministerio.

El componente de RRHH obtuvo resultado mixto para dos de los programas (PROFAE y SM). Los programas afirmaron tener personal contratado a través de cooperación internacional. Para efecto de análisis es importante señalar que las contrataciones son con recursos nacionales transferidos para los Organismos Internacionales y la gestión de los RRHH está a cargo del Ministerio. La inexistencia de personal contratado para el SM en los demás niveles de gestión es porque opera con personal de la red y no por ser vertical.

Los entrevistados señalaron que el programa correspondiente implementaba incentivos propios para los recursos humanos de los servicios de salud, pero en todos los casos estos consistían en acciones de entrenamiento, capacitación y incentivo financiero al sistema; en ningún caso los estímulos fueron bonos u otro tipo de incentivo económico para los profesionales.

El componente de provisión de servicios obtuvo resultados mixtos para 2 programas (PSF y PROFAE) y horizontal para los demás. Todos los 4 programas realizan actividades en el primer, segundo y tercer nivel de atención, con excepción del PSF que se destina solamente al primer nivel como “puerta de entrada” del sistema y PROFAE que se destina a la formación y no a la provisión de servicios.

No hay personal contratado directamente por los programas en los niveles de atención. Las acciones no incluyen un paquete básico de servicios, atendiendo al principio de integralidad de la atención en todos los niveles de atención, incluyendo acciones de promoción y prevención.

En el componente información todos declararon contar con su propio sistema de registro e información, excepto el SM. Con excepción del PROFAE en que la pregunta no se aplica, todos declararon utilizar el sistema unificado de notificación y vigilancia del Ministerio. Solamente el SM no produce reportes periódicos del programa. Algunos respondieron que hay el uso de la información en todos los niveles de gestión y otros respondieron no saber.

No se notan inconsistencias entre las percepciones de los coordinadores y las estrategias descritas en el cuestionario de sus respectivos programas. Por ejemplo, la coordinadora del SAMU, que es un programa mixto, expresó concordancia con los ítems que indican supervisión o controle mas próximo sobre los niveles subnacionales. En contrapartida, PSF y SM – que se implementan de forma totalmente descentralizada – entienden que la aprobación desde el nivel central de las decisiones del nivel intermedio o local son factores de debilitación del sistema.

Algunas consideraciones, no obstante, deben ser explicitadas. La primera es que aún que la encuesta ofrezca una idea de que existe coordinación interprogramática, es necesario indagar si lo que existe es suficiente para optimizar los resultados del programa, o sea, si la coordinación ocurre con todos los programas o áreas de actuación del sistema con interfaces relevantes. Creemos que en algunos de los programas esto no ocurre de forma suficiente. Otro aspecto a considerar es que en muchos casos la articulación ocurre, pero puede no ser capaz de alterar la lógica de actuación y las prioridades de los otros programas/áreas de actuación ni de ajustarla a las necesidades del PN. O sea, puede ser una articulación formal que no produzca los ajustes mutuos necesarios para optimizar la acción del sistema de salud.

## **8. Anexos**

### **8.1 Anexo 1 – Lista de Entrevistados**

#### **Programa Salud de la Familia**

Luis Fernando Rolim Sampaio

Director, Departamento de Atención Básica – DAB/ SAS

Tel.: 61 - 3315.2497

E-mail: [luis.fernando@saude.gov.br](mailto:luis.fernando@saude.gov.br)

#### **Salud de la Mujer**

Regina Coeli Viola

Coordinadora del Área Técnica, Departamento de Acciones Programáticas

Estratégicas – DAPE/SAS

Tel.: 61 - 3315-2933

E-mail: [regina.coeli@saude.gov.br](mailto:regina.coeli@saude.gov.br)

#### **PROFAE**

Samara Rachel Vieira Nitão

Jefe de Gabinete, SEGETS

Tel: (61) 3315.2224

E-mail: [samara.nitao@saude.gov.br](mailto:samara.nitao@saude.gov.br)

#### **SAMU**

Irani Ribeiro de Moura

Coordinadora General de Urgencia e Emergência

Tel: (61) 3315-3518 / (61) 3315-2876

E-mail: [cque@saude.gov.br](mailto:cque@saude.gov.br)

## 8.2 Anexo 2 – Glosario de Definiciones Operativas

1. Sistema Sanitario: organización, relaciones y coordinación del conjunto de elementos o componentes de un sistema social designados (formal o informalmente) como responsables de llevar a cabo actividades de cuidado de la salud.
2. Programas Nacionales: Instancias de Salud Pública del Sistema Sanitario encargadas de normalizar, planificar, implementar y monitorear las acciones en un área específica (por ej. Salud materna, control de la TB, VIH/SIDA).
3. Articulación del PN con el SS: Situación o posición, grado de dependencia y coordinación del PN dentro del SS, así como las relaciones con su entorno.
4. Fortalecimiento del SS a través de los PN: Es la construcción de capacidades en los elementos o componentes de los SS, a través de las acciones específicas del programa nacional.
5. Debilitamiento del SS a través de los PN: Es la reducción de las capacidades de los elementos o componentes de los SS, a través de las acciones específicas del programa nacional.
6. Niveles de gestión: Corresponden a la estructura para la gestión del Sistema Sanitario, estos niveles son:
  - Nivel Central o nacional, encargado de la rectoría y normalización.
  - Nivel intermedio, departamental, provincial o estatal: encargado de la supervisión, vigilancia y evaluación en el área geográfica de la red de servicios correspondiente.
  - Nivel local: corresponde al nivel operativo de los servicios de salud.
7. Niveles de atención: Corresponden a la estructuración del sistema para la prestación de servicios, estos niveles son:
  - Primer nivel: ofrece servicios básicos de salud (puestos, centros de salud, consulta externa, atención domiciliaria, comunitaria, etc.)
  - Segundo nivel: ofrece servicios de salud ambulatorios y hospitalarios en las especialidades básicas: medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría; corresponde a clínicas y hospitales intermedios.
  - Tercer nivel: Ofrece servicio ambulatorio y hospitalario en todas las especialidades y servicios de diagnóstico y apoyo terapéutico de alta complejidad; corresponde a los hospitales generales.
  - Cuarto nivel: eventualmente puede considerarse un cuarto nivel a los centros especializados, institutos nacionales, institutos de investigación, etc.
8. Atención Primaria de la Salud (APS): Estrategia para la organización y la gestión del sistema de salud que tiene como objetivo garantizar el acceso universal a unos servicios sanitarios mínimos mediante una distribución equitativa de los recursos, la participación comunitaria y la implicación de las políticas de otros sectores.
9. Coordinación intersectorial: esfuerzo de reunión de recursos, medios y estrategias entre el Sector Salud y uno o más sectores de la sociedad, para el logro de un objetivo común.
10. Coordinación Interprogramática: esfuerzo de reunión de recursos, medios y estrategias entre uno o más programas del Sistema Sanitario, para el logro de un objetivo común.

### 8.3 Anexo 3 – Resultados de los Cuestionarios

#### ENCUESTA DE PERCEPCIONES

Por favor indique su percepción en relación a los ejemplos de acciones relacionadas con el Programa y su influencia sobre el fortalecimiento o debilitamiento del sistema sanitario

		Debilita totalmente	Debilita parcialmente	No debilita ni fortalece	Fortalece parcialmente	Fortalece totalmente
Como cree usted que impactan las siguientes acciones sobre el Sistema sanitario:						
1	La coordinación interprogramática del Programa	1	2	(3) PROFAE	4	(5) PSF + SAMU SM
2	El desarrollo de un sistema de vigilancia e información propio para el Programa	1 PSF	2	(3)	4 PROFAE	5 SAMU
3	La capacitación exclusiva del personal de los servicios de salud para el Programa	1	2	3	4 PSF PROFAE	5 SAMU
4	La administración directa de todos los recursos financieros por parte del Programa	1	2	3 SM	4 PSF PROFAE	5 SAMU
5	La realización de estudios de vigilancia para el Programa	1	2	3	4 PSF	5 SAMU SM
6	La utilización de estándares de calidad en los laboratorios	1	2	3	4	5 SAMU SM
7	La jerarquización y verticalización de decisiones y acciones en el Programa	1	2 PSF	3	4 PROFAE	5 SAMU SM
8	El logro del compromiso político para la implementación y expansión de los objetivos del Programa	1	2	3	4	5 SAMU PSF PROFAE SM
9	La realización de acciones coordinadas con otros sectores (educación, prisiones, etc)	1	2	3	4	5 SAMU PSF PROFAE SM
10	La realización de actividades de prevención y promoción como parte de las acciones del Programa	1	2	3	4	5 SAMU PSF PROFAE SM

11	La inclusión de los servicios de otros proveedores de salud del sector estatal (P Ej. Seguro Social)	1	2	3 SM	4	5 SAMU PSF
12	La inclusión de servicios de salud de proveedores privados	1	2	3	4	5 SAMU PSF SM
13	La presencia de proyectos de cooperación que hagan las mismas actividades del Programa	1 SAMU SM	2	3	4 PROFAE	5 PSF
14	La implementación de la estrategia regional/nacional del Programa	1	2	3 SM	4 PROFAE	5 SAMU PSF
15	La introducción de normas y estándares internacionales para la atención que brinda el Programa	1	2	3 SM	4 PSF	5 SAMU
16	La movilización de activistas y representantes comunitarios en acciones del Programa	1	2	3	4	5 SAMU PSF SM
17	Los proyectos de cooperación de iniciativas globales centradas enfermedades específicas (P Ej. Fondo Global)	1	2	3	4 PSF SM	5 SAMU
18	La transferencia de conocimientos a la comunidad	1	2	3	4	5 SAMU PSF PROFAE SM
19	La realización de campañas de cambio de comportamiento específicas para el Programa	1	2	3	4 PSF PROFAE	5 SAMU SM
20	La realización de investigación a diferentes niveles del Sistema Sanitario	1	2	3	4	5 SAMU PSF PROFAE SM

21	La presencia de administraciones diferentes para el manejo de fondos desembolsados para el programa (diferentes instancias de administración debido a diferentes fuentes de financiamiento)	1 SAMU PSF	2	3 SM	4 PROFAE	5
22	La contratación o designación de responsables del Programa en todos los niveles de gestión	1	2	3	4	5 SAMU PSF SM
23	La supervisión desde el nivel central a los niveles intermedios	1	2 SM	3	4 PSF	5 SAMU PROFAE
24	La supervisión desde el nivel central a los niveles regionales y locales	1	2 SM	3	4 PSF	5 SAMU PROFAE
25	La aprobación desde el nivel central de todas las decisiones de los niveles intermedios y locales	1 SM	2 PSF	3	4 PROFAE	5 SAMU
26	El financiamiento por la cooperación externa de iniciativas que no son las prioridades del sector	1 SAMU PSF PROFAE SM	2	3	4	5
27	El establecimiento de incentivos en el personal de servicios de salud para que cumplan las metas del Programa	1 SM	2	3	4 PROFAE	5 SAMU PSF
28	La garantía de estabilidad laboral del personal del Programa y de los servicios de salud	1	2	3	4 PROFAE	5 SAMU PSF SM