

**BREVE 16**

# **LA ÉTICA EN LA ASIGNACIÓN DE LOS RECURSOS PÚBLICOS DE SALUD EN EL SISTEMA DE SALUD BRASILEÑO**

*Basado en un seminario virtual en la red CRITERIA y en el trabajo de tesis presentados por el Dr. Fábio Ferri-de-Barros, el 30 de noviembre de 2015 y en abril de 2013, respectivamente.*

Una serie sobre políticas y métodos basada en presentaciones de expertos, preparada por CRITERIA, red de conocimientos sobre priorización y planes de beneficios del Banco Interamericano de Desarrollo.

División de Protección Social y Salud  
Banco Interamericano de Desarrollo  
[www.iadb.org/salud](http://www.iadb.org/salud) - [scl-sph@iadb.org](mailto:scl-sph@iadb.org)

Copyright © 2017 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObras-Derivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



# SIGLAS

<b>RCR</b>	Rendición de cuentas sobre la razonabilidad
<b>ANS</b>	Agencia Nacional de Salud ( <i>Agência Nacional de Saúde</i> )
<b>R\$</b>	Reales brasileños
<b>CNS</b>	Conferencias Nacionales de Salud ( <i>Conferências Nacionais de Saúde</i> )
<b>CONASS</b>	Consejo Nacional de Secretarios de Salud ( <i>Conselho Nacional de Secretários de Saúde</i> )
<b>BID</b>	Banco Interamericano de Desarrollo
<b>PIBM</b>	Países con ingresos bajos y medios
<b>SGEP</b>	Secretaría de Gestión Estratégica y Participativa ( <i>Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa</i> )
<b>SUS</b>	Sistema Único de Salud ( <i>Sistema Único de Saúde</i> )
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud

# 1. INTRODUCCIÓN

Este *Breve* se basa en el trabajo de tesis original y un seminario virtual presentado por el Dr. Fábio Ferri-de-Barros<sup>1</sup> sobre “La ética en la asignación de recursos públicos de salud en el sistema de salud brasileño”<sup>2</sup>. La perspectiva que se ofrece en el presente *Breve* complementa una publicación anterior que documenta el uso de la evaluación de tecnología en salud para la toma de decisiones en el sector de salud en Brasil (BID, 2015).

El *Breve* presenta las dificultades para fijar prioridades en el contexto de un sistema de salud universal, nacional, de gran tamaño y descentralizado, que enfrenta tanto la escasez de recursos como considerables desigualdades. Expone los objetivos y métodos de investigación empleados por Ferri-de-Barros con respecto a la ética en la asignación de recursos de salud

---

<sup>1</sup> Fábio Ferri-de-Barros es cirujano pediátrico ortopedista y especialista en columna vertebral en el Alberta Children's Hospital, también es profesor adjunto de la Clínica Médica en el Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Calgary (Canadá). La presentación se basa en su tesis de maestría “Priority Setting for Health Resource Allocation in Brazil: A Scoping Review and Ethical Analysis” [Distribución injusta de los recursos en salud en Brasil: un análisis del establecimiento de prioridades nacionales] de la Universidad de Toronto: [http://www.redcriteria.org/wp-content/uploads/2015/12/Ferri-de-Barros\\_Fa%CC%81bio\\_201311\\_MSc\\_thesis.pdf](http://www.redcriteria.org/wp-content/uploads/2015/12/Ferri-de-Barros_Fa%CC%81bio_201311_MSc_thesis.pdf). El trabajo constituye la primera síntesis de conocimientos sobre la ética en la asignación de recursos de salud en Brasil.

<sup>2</sup> La exposición fue presentada el 30 de noviembre de 2015, a los miembros de CRITERIA, la red de conocimientos sobre priorización y planes de beneficios del Banco Interamericano de Desarrollo ([www.redcriteria.org](http://www.redcriteria.org)). Se puede acceder a la audiograbación, la presentación de PowerPoint y la transcripción de dicha presentación en el sitio web de CRITERIA, <http://www.redcriteria.org/webinar/los-etica-de-la-priorizacion-del-gasto-en-salud-de-brasil/>

en Brasil. Antes de considerar los resultados de su investigación original, el presente *Breve* ofrece un panorama del sistema de salud brasileño financiado con fondos públicos (SUS) a fin de brindar el contexto en el cual se fijan las prioridades. Luego, el *Breve* se enfoca en las Conferencias Nacionales de Salud (CNS) de Brasil, las cuales representan un foro clave para la participación social en la toma de decisiones sobre la asignación de recursos para el SUS. La sección siguiente destaca las conclusiones clave del análisis proporcionado en la investigación de la tesis de Ferri-de-Barros. Finalmente, este *Breve* resume las buenas prácticas, así como las dificultades asociadas con la asignación de recursos de salud en Brasil; asimismo, proporciona recomendaciones normativas que se basan en el análisis de Ferri-de-Barros.

## 2. ESCASEZ DE RECURSOS Y FIJACIÓN DE PRIORIDADES EN BRASIL

En países con ingresos bajos y medios (PIBM) la ética para la fijación de prioridades es un tema muy importante; eso se debe a la escasez de recursos y a que las decisiones sobre la asignación de recursos tienen consecuencias cuyo alcance va mucho más allá de la salud y el bienestar de la población (Glassman y Chalkidou, 2012). Las decisiones sobre la asignación de recursos frecuentemente determinan quién vive y quién muere. Brasil no es una excepción

en ese sentido. Su sistema de salud financiado con fondos públicos a menudo se considera que carece de fondos suficientes y enfrenta la dificultad de considerables desigualdades regionales en términos de disponibilidad de recursos de salud, indicadores de salud<sup>3</sup> y acceso a servicios de salud con financiación privada (Ferri-de-Barros, 2013 y 2015).

El Dr. Ferri-de-Barros (2015) indica que son absolutamente críticas la justicia y la equidad para garantizar qué recursos se asignan en base a razones claras que todos puedan comprender, y no en base a quién grita más fuerte.

No solo los legisladores, sino también los médicos afrontan a diario decisiones difíciles sobre la asignación de escasos recursos de salud entre prioridades contrapuestas. Especialmente en los hospitales más pequeños, los médicos y las autoridades locales de salud tienen que decidir, por ejemplo, si un paciente gravemente lesionado puede ser trasladado a un centro de atención terciaria para la reconstrucción de miembros, o si no puede concretarse el traslado, habitualmente por el hacinamiento de los centros de atención terciaria, y —en lugar de ello— hay que amputar el miembro, como consecuencia de la falta de recursos disponibles para la reconstrucción de miembros en hospitales de menor escala.

---

<sup>3</sup> En todo el territorio de Brasil persisten desigualdades geográficas y sociales en los índices de mortalidad y morbilidad. Por ejemplo, en el año 2006, en la región nordeste se registró un índice de mortalidad infantil que era 2,24 veces superior al de la región sur, aunque ha disminuido tal desigualdad. (Victoria et ál., 2011a) Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. The Lancet

La fijación de prioridades constituye un tema complejo que necesita enfocarse en el contexto de la asignación de recursos limitados de salud a una población determinada con diversas necesidades en el cuidado de la salud. Tal como sucede con los sistemas de salud en muchas otras partes del mundo, el sistema de salud brasileño tiene que lidiar no solo con la escasez de recursos sino también con crecientes presiones sobre el gasto médico a medida que surgen nuevas tecnologías médicas y una mayor carga de enfermedades. El perfil epidemiológico está cambiando y la población envejece. Simultáneamente, debido a circunstancias que no cambian, persisten en Brasil amplias y sólidas desigualdades en oportunidad para el desarrollo humano. La mayor parte de la población (75%) depende del sistema de salud financiado con fondos públicos y solo una cantidad limitada de ciudadanos puede pagar su acceso a servicios de salud con financiación privada. Por lo tanto, las decisiones sobre asignación de recursos en el sistema financiado con fondos públicos dejan un impacto significativo en el concepto de oportunidades para el desarrollo humano en Brasil. Asimismo, la población que depende exclusivamente del SUS no ha sido empoderada para participar adecuadamente en los procesos de toma de decisión sobre asignación de recursos de salud. En consecuencia, la distribución de recursos de salud financiados con fondos públicos a nivel nacional no es equitativa. Según Ferri-de-Barros, en Brasil muchas decisiones sobre cómo asignar recursos de salud escasos se basan en intereses políticos ocultos. Hay escasa transparencia e información limitada sobre los fundamentos que hay detrás

de la asignación de recursos entre diversos programas de salud en jurisdicciones diferentes (Ferri-de-Barros, 2015).

Todas las decisiones de asignación de recursos tienen un costo de oportunidad. Ferri-de-Barros (2013) describe su experiencia personal con necesidades no cubiertas de atención quirúrgica de niños y jóvenes en Brasil: cuando se le designó la tarea de mejorar el cuidado de rehabilitación en una de las jurisdicciones regionales del Estado de San Pablo, Brasil, tuvo que hacer frente a un dilema sobre la fijación de prioridades, debido a que los menores discapacitados tenían que competir por los recursos quirúrgicos limitados que eran agotados mayormente por la epidemia de lesiones de tránsito vial. Como lo afirma Ferri-de-Barros (2015):

*“Por cada decisión que se toma para asignar recursos a fin de ampliar un programa de salud, hay otro programa que saldrá perdiendo. A menudo [en Brasil] no hay transparencia en dicho proceso de toma de decisiones y no se dan a conocer quiénes ganan y quiénes pierden en el proceso”.*

Motivado por ese dilema sobre la fijación de prioridades, el Dr. Ferri-de-Barros procuró obtener una extensa capacitación internacional en cirugía pediátrica ortopédica en diversos sistemas de salud de cinco países diferentes, así como también un título de posgrado en investigación de servicios de salud y bioética en la Universidad de Toronto. El trabajo de su tesis fue supervisado por un equipo multidisciplinario

de investigación de clase mundial, caracterizado por diversidad de experiencias en las áreas de fijación de metas, epidemiología y salud pública.

### 3. OBJETIVO Y MÉTODOS DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación de Fábio Ferri-de-Barros analiza la ética del racionamiento de los recursos de salud en Brasil. Los principales objetivos de la investigación eran: 1) describir la fijación de prioridades para la asignación de recursos de salud en Brasil, 2) evaluar la fijación de prioridades conforme a una versión ampliada de la estructura de la “Rendición de cuentas sobre la razonabilidad” (RCR) de Norman Daniels (Daniels, 2000), incluyendo una “condición de empoderamiento”<sup>4</sup>, y 3) brindar recomendaciones para mejorar la fijación de prioridades en Brasil según las conclusiones de los objetivos 1 y 2.

La tesis de Ferri-de-Barros examina las publicaciones brasileñas sobre la ética de la fijación de prioridades, y también esquematiza y describe los conceptos clave de dicho problema

---

<sup>4</sup> El empoderamiento ha sido sugerido por Gibson et ál. como una quinta condición. Gibson, J. L., Martin, D. K. y Singer, P. A. (2005). Priority setting in hospitals: fairness, inclusiveness, and the problem of institutional power differences. *Social science and medicine*

mediante una evaluación del alcance<sup>5</sup>. Según los datos recopilados mediante este enfoque sistemático, se analiza el proceso de fijación de prioridades con una versión modificada de la estructura RCR. La evaluación del alcance incluye la documentación de las tres CNS más recientes de Brasil, ya que estas constituyen los foros principales donde se proponen directrices para formular la normativa de la salud en Brasil. También abarca estudios brasileños sobre la ética de la fijación de prioridades e informes realizados por el Banco Mundial (La Forgia et ál., 2007), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2009), y el grupo de trabajo Lancet Brazil (Victora et ál., 2011b).

Los criterios de inclusión y el proceso para realizar la evaluación de alcance y el análisis temático se estipulan claramente en el capítulo de métodos de la tesis de Ferri-de-Barros (2013), que está a disposición del público por Internet. Los métodos y el análisis se ajustaron a las elevadas normas de rigor científico aplicables a esta línea selecta de investigación, lo cual está bien alineado con el complejo tema en cuestión.

---

<sup>5</sup> Un enfoque con evaluación del alcance difiere de un enfoque con evaluación sistemática por lo menos de dos maneras: 1) Una evaluación sistemática, por lo general, podría enfocarse en una pregunta bien definida, donde puedan identificarse anticipadamente los diseños adecuados de estudio, en tanto que una evaluación de alcance tiende a abordar temas más amplios donde podrían aplicarse muchos diseños diferentes de estudio. 2) La evaluación sistemática procura brindar respuestas a preguntas desde un rango relativamente estrecho de estudios de calidad determinada, en tanto que es menos probable que una evaluación de alcance procure abordar preguntas muy específicas de investigación y, por lo tanto, no determine la calidad de los estudios incluidos. Arksey y O'Malley (2005), p. 20

## 4. EL SISTEMA DE SALUD DE BRASIL

*El Sistema Único de Saúde (SUS)*<sup>6</sup>, que es el sistema de salud financiado con fondos públicos, se implementó en Brasil a fines de los años ochenta. Sus tres principios básicos son la universalidad (prestación del cuidado de salud para todos), la integralidad (paquete completo de servicios) y la equidad (el cuidado debe prestarse de manera equitativa).

El SUS se financia con impuestos y contribuciones sociales del gobierno a nivel municipal, estatal y federal. Desde su implementación hubo mejoras en la atención médica primaria tan considerables como la cobertura universal de vacunación y la implementación del programa de salud familiar. No obstante, debido al contexto de desigualdades y las complejidades de un gran sistema de salud descentralizado, resulta crucial analizar la manera en que pueden mejorarse todavía más los procesos de toma de decisiones sobre la asignación de recursos de salud a fin de lograr una distribución más equitativa, más responsable y más transparente. La mayor parte de la población depende exclusivamente del SUS para su cobertura de salud (ver el BREVE N.º 5). Los servicios de cuidado de la salud en el SUS son gratuitos. Aproximadamente el

---

<sup>6</sup> Hay disponible una amplia gama de publicaciones sobre el SUS de Brasil. Un buen material de referencia sobre cómo funciona el sistema de salud de Brasil es, por ejemplo: Victora, C. G., Barreto, M. L., Leal, M. C., Monteiro, C. A. et ál. (2011b). Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *The Lancet*

25% de la población tiene acceso a seguro médico privado. El sistema de salud privado se ha desarrollado rápidamente durante los últimos años en Brasil. Cubre a los estratos más pudientes de la población y se ha desarrollado más en los estados de mayor ingreso. Dicho enfoque al cuidado de la salud basado en el mercado ha contribuido a inequidades en la distribución de los recursos de salud para cubrir a la población diversa de Brasil. Por ejemplo, el 6,7% de los niños y jóvenes brasileños del norte y del nordeste tienen acceso al sistema de salud privado, en comparación con el 43,3% de los adultos y ancianos del Estado de San Pablo (ANS, ND).

Las CNS, que afectan considerablemente las decisiones relativas a la asignación de recursos de salud, constituyen un pilar fundamental del SUS. Su función principal consiste en evaluar la situación de la salud en el país y proponer políticas sanitarias (CONASS, 2009) (Ferrarezi y Carvahlo, 2011). Las CNS guían la formulación de políticas sanitarias a todo nivel jurisdiccional, para cada ciclo presupuestario (4 años) del sistema de salud financiado con fondos públicos (Ferri-de-Barros, 2013). Por lo tanto, las CNS constituyen los foros principales para la fijación de prioridades dentro del SUS (Ibíd.). La siguiente sección describe las Conferencias Nacionales de Salud, así como algunos de sus temas principales que han guiado la formulación de políticas sanitarias recientes. Dichas políticas se utilizarán como ejemplo para examinar la equidad y legitimidad de la fijación de prioridades en este contexto.

## 5. CONFERENCIAS NACIONALES DE SALUD Y TEMAS DE LAS CNS

Las CNS se organizan en tres niveles principales: el municipal, el estatal y el federal. El Cuadro 1 representa un panorama de los aspectos principales de las Conferencias Nacionales de Salud. Las conferencias se proponen incluir a participantes del público general (50%), a representantes electos de proveedores de servicios médicos (25%) y a gerentes y decisores (25%). Las autoridades de salud en las diversas jurisdicciones eligen a los representantes. Habitualmente este proceso es organizado por el Secretario Municipal de Salud (Secretário de Saúde), bajo la supervisión del Consejo Municipal de Salud.



## Cuadro 1: Las Conferencias Nacionales de Salud en pocas palabras

- **Participantes:**
  - 50% miembros del público
  - 25% representantes electos de proveedores de servicios médicos
  - 25% representantes electos de gerentes y decisores
- **Frecuencia:** cada 4 años
- **Se organizan a nivel:** municipal, estatal y nacional
- **Descentralización y toma de decisiones:** los informes sobre políticas sanitarias elaborados a cada nivel se envían a un nivel más elevado (los informes municipales se envían al nivel estatal y los informes estatales se envían al nivel nacional). Las políticas sanitarias se someten a voto a nivel federal.
- **Cantidad de políticas por conjunto de CNS:** se someten a voto y se aprueban más de 400 políticas por cada conjunto de CNS; muchas se relacionan con la fijación general de prioridades para los servicios de salud.
- **Ejemplo de una política sanitaria aprobada, relacionada con la fijación de prioridades:** En la 14a CNS, se aprobó la atención dental como una de las prioridades. La política aprobada según la directriz N.º 11/7 estipula lo siguiente: *"Ampliar la cobertura de salud bucal a todo nivel de atención, [...] con acceso universal y equitativo para todas las personas, incluyendo los servicios de urgencia"*.

Fuente: CONASS (2009) p. 31,  
Fábio Ferri-de-Barros (2013) p. 53

Por cada conjunto de CNS, se define un tema central y varios temas secundarios. Por ejemplo, en la 12a CNS celebrada en el año 2003, el tema central fue "La salud como derecho de todos y deber del estado; la salud que tenemos y el SUS que queremos". Los temas secundarios fueron: derecho a la salud, seguridad social y gestión participativa. Algunos temas recurrentes de la CNS se analizarán en mayor detalle en esta sección.

La Figura 1 identifica los temas principales abordados durante las tres últimas Conferencias Nacionales de Salud y lo que han cubierto las publicaciones brasileñas sobre la ética de la fijación de prioridades con respecto a dichos temas, según la evaluación de alcance realizada por Ferri-de-Barros (2013).

**Figura 1. Análisis temático: ejemplos tomados de las CNS**

<b>CNS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integralidad</li> <li>• Universalidad</li> <li>• Equidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Combinación público-privada</li> </ul>
<b>Publicaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desequilibrio de poder</li> <li>• Composición de consejos</li> <li>• Baja representación</li> <li>• Empoderamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integralidad en peligro</li> <li>• Universalidad aceptada</li> <li>• Equidad ratificada/ igualdad</li> <li>• Proceso explícito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inequidades/ Ineficiencias</li> <li>• Falta de proceso de fijación de prioridades para el sector privado</li> </ul>

Fuente: Ferri-de-Barros (2015)

## Tema 1: Participación social en la formulación de políticas sanitarias

La participación del público en la formulación de políticas sanitarias es un requisito legal del SUS. Es planificada por las autoridades de salud y ejercidas por los miembros de los consejos de salud a todo nivel jurisdiccional del sistema. Sin embargo, la evaluación de alcance evidenció un pronunciado desequilibrio de poder y reveló que la composición del consejo no cumple los requisitos estipulados por la legislación que rige las CNS. Indudablemente hay una baja representación de diversos grupos de interés. Debido a diferencias regionales y de grupos etarios en el acceso a servicios de salud con financiación privada, la actual distribución de los participantes con derecho a voto representa deficientemente a regiones más pobres y a niños y jóvenes que dependen exclusivamente del SUS<sup>7</sup>.

Un estudio de Wendhausen (2006)<sup>8</sup> reveló que la distribución numérica de los miembros del consejo no siempre cumple el requisito legal. En el caso analizado por Wendhausen et ál., había un 10% más de representantes gubernamentales

---

<sup>7</sup> Esto fue expuesto anteriormente en otro artículo de Ferri-de-Barros sobre la distribución no equitativa de los recursos de salud en Brasil, que fue publicado en la revista 'Acta Bioethica 2009'.

<sup>8</sup> Wendhausen estudió los procesos de toma de decisión para la asignación de recursos de salud en un consejo municipal de salud del Estado de Santa Catarina, Brasil. El autor analizó sistemáticamente ciertos documentos legales e informes de reuniones, observó reuniones y condujo entrevistas para estudiar los procesos de toma de decisión durante las reuniones del consejo de salud. (Wendhausen, Á., 2006).

y un 8% menos de profesionales médicos designados como miembros del consejo, en comparación con lo que exige el requisito legal. En un análisis cualitativo, Wendhausen et ál. sugirieron que los miembros que no eran representantes gubernamentales tenían menos oportunidades de participar durante los debates sobre problemas municipales de salud, porque los miembros gubernamentales controlaban los debates e imponían sus ideas. Algunos autores también destacan la inequidad en la educación y el acceso a información entre los diferentes miembros del consejo en Brasil, lo cual impide la legítima participación social (Martins et ál., 2008).

## Tema 2: Principios de integralidad, universalidad y equidad

Los principios de integralidad, universalidad y equidad son los pilares principales del SUS, y han sido un tema recurrente en las CNS<sup>9</sup>. Las publicaciones sobre la fijación de prioridades en Brasil respaldan la idea de los principios de universalidad y equidad (Paim et ál., 2011), sin embargo, abordan de manera crítica el principio de integralidad<sup>10</sup> y varios autores argumentan que ningún sistema de salud puede ofrecer todo a todos (CONASS, 2009) (Ferri-de-Barros, 2013) (Fortes, 2009). No obstante, la integralidad fue un tema importante en la 14a CNS (la más

---

<sup>9</sup> En la 14a CNS (la más reciente), casi todas las políticas aprobadas se refieren a los principios de universalidad, integralidad y equidad.

<sup>10</sup> Un paquete completo de servicios de salud.

reciente), y —a pesar de eso— una extensa cantidad de políticas y directrices se concentró en la ampliación de los servicios de salud (en contraste con el racionamiento y la fijación de prioridades), tales como el énfasis en el fortalecimiento de la atención médica primaria (directriz 8), la ampliación de la cobertura de salud bucal a todo nivel de atención (directriz 7) y la ampliación de los servicios especializados de urgencia y la atención hospitalaria (directriz 10) (Ferri-de-Barros, 2013).

### **Tema 3: Combinación público-privada**

Otro tema recurrente en las CNS ha sido la combinación público-privada. Las publicaciones sobre la ética de la fijación de prioridades en Brasil sugieren que la combinación público-privada genera inequidades e ineficiencias. “Los sistemas de salud con combinación público-privada presentan dificultades adicionales para los decisores, en razón de las diferencias en gobernanza, visión, misión y rendición de cuentas entre los sistemas privado y público. Además, ambos sistemas compiten injustamente por recursos de salud, especialmente recursos humanos. El sistema con financiación privada ofrece salarios, infraestructura y otros incentivos que son significativamente más atractivos para los profesionales médicos en comparación con lo que ofrece el SUS. Por lo tanto, el sistema con financiación privada extrae recursos humanos del SUS y los reasigna conforme a las necesidades del mercado comercial, en contraste con asignarlos para cubrir las necesidades de salud de la población (que es

el mandato del SUS)” (Ferri-de-Barros, Gibson y Howard, 2012). Paim et ál. (2011) afirman que “la expansión continua del subsector privado es subsidiada por el estado, en tanto que el subsector público carece a menudo de fondos suficientes, lo cual compromete potencialmente su capacidad para garantizar la calidad y el acceso al cuidado de la salud”. En la 14a CNS los conflictos financieros causados por la combinación público-privada también fueron abordados explícitamente en una directriz estipulada en el informe final (Ferri-de-Barros, 2013). En lo que concierne a la fijación de prioridades para asignar recursos, las Conferencias Nacionales de Salud guían dicho proceso para el SUS; sin embargo, no hay ningún proceso paralelo que dirija la asignación de recursos en el sistema con financiación privada (Ferri-de-Barros, Howard y Martin, 2009).

Dentro del contexto de la combinación público-privada en Brasil, otra dificultad que surgió de la evaluación de alcance fue que las personas que, de hecho, podrían impulsar el cambio y participar activamente en la toma de decisiones sobre la asignación de recursos de salud en Brasil, no son afectadas por lo que le sucede al SUS. Esto se debe a que los estratos más pudientes obtienen servicios de salud casi exclusivamente del sistema con financiación privada. Martins et ál. (2008) se refieren a este fenómeno como de “autoexclusión”. Ese 25% de la población de Brasil que tiene acceso a atención médica privada o que paga servicios de su propio bolsillo no tiene que luchar para cubrir sus necesidades de cuidado de salud en el sistema financiado con fondos públicos (e

insuficientes). Por lo general, este sector de la población incluye a ciudadanos empoderados que podrían exigir la rendición de cuentas de los decisores (Ferri-de-Barros, 2013).

Además del análisis de los temas de las CNS, Ferri-de-Barros aplicó una versión ampliada de la estructura de la “Rendición de cuentas sobre la razonabilidad” (Daniels, 2008) (Daniels y Sabin, 1997) para evaluar los procesos de asignación de recursos de salud en Brasil. La siguiente sección proporciona un panorama de las conclusiones en base a su evaluación de alcance.

## **6. LA ÉTICA DE LA FIJACIÓN DE PRIORIDADES: UN ANÁLISIS CRÍTICO BASADO EN LA VERSIÓN AMPLIADA DE LA ESTRUCTURA DE LA “RENDICIÓN DE CUENTAS SOBRE LA RAZONABILIDAD”**

Tal como se expone en las secciones anteriores, la fijación de prioridades es un tema complejo y las decisiones sobre asignación de recursos

de salud tienen consecuencias cuyo alcance va mucho más allá de la salud humana. Las decisiones sobre asignación de recursos en el cuidado de la salud implican numerosos desacuerdos morales sobre lo que es más importante, lo que debe financiarse y para quiénes. Se necesita un proceso deliberativo riguroso para establecer la legitimidad y equidad de tales decisiones (Daniels, 2008). La estructura de la “Rendición de cuentas sobre la razonabilidad” (RCR) (Daniels y Sabin, 1997) se basa en los principios de justicia y equidad. La “RCR” —desarrollada por Norman Daniels y James Sabin— se ha aplicado empíricamente en diversos estudios de caso en los PIBM y ha sido utilizada por organizaciones internacionales tan importantes como la OMS para guiar decisiones difíciles sobre la fijación de prioridades. La “RCR” abarca cuatro condiciones que se deben cumplir a fin de garantizar la legitimidad y equidad de un proceso de toma de decisiones para la asignación de recursos de salud: relevancia, estado público, apelaciones y cumplimiento obligatorio. La “RCR” establece que las decisiones deben basarse en razones relevantes y que dichas razones deben comunicarse públicamente a todas las partes involucradas en —o afectadas por— las decisiones de asignación. También debe haber un mecanismo para apelar o revertir las decisiones.

Gibson et ál. han sugerido agregar el empoderamiento (Gibson, Martin y Singer, 2005) como una quinta condición para la “RCR”. La condición de empoderamiento consiste en que todos los decisores estén empoderados para participar de manera similar. En forma conjunta,

las cinco condiciones constituyen una versión ampliada de la estructura “RCR”, la cual se aplicó para el análisis ético en el presente contexto. Ferri-de-Barros aplicó una lista de control para la evaluación (Ibíd.) —que se basa en la estructura “RCR” ampliada— a los datos recopilados mediante la evaluación de alcance a fin de analizar si el proceso de toma de decisiones para la asignación de recursos en las tres CNS más recientes cumplía las cinco condiciones de la estructura “RCR” ampliada.

## 1. Relevancia: ¿Las decisiones sobre la fijación de prioridades en las CNS se basan en razones específicas?

**1.1 Criterios:** Una de las principales preguntas en este contexto es determinar si las decisiones de las CNS se basaron en criterios y razones relevantes y corroborados.

Las CNS emiten directrices y las someten a voto a nivel municipal y estatal; las políticas se someten a voto y decisión a nivel nacional. El propósito de las políticas y directrices seleccionadas es proporcionar información para guiar las decisiones sobre asignación de recursos. Por ejemplo, en la 14a CNS, una de las directrices aprobadas (número 8) dice: “Ampliar y fortalecer la red de atención primaria: a todas las familias y todas las personas se les debe garantizar el derecho a un equipo de salud familiar”. Una de las políticas basadas en esta

directriz y aprobadas a nivel nacional fue la política 25: “Aumentar los recursos [...] a fin de priorizar la implementación y continuidad del cuidado primario, construyendo y renovando unidades básicas de salud, desarrollando la capacidad para registros médicos electrónicos, la adquisición de vehículos motorizados y otros equipos necesarios [...]” (Ferri-de-Barros, 2013). A pesar de que dichas directrices y políticas reflejan las prioridades votadas a diferentes niveles, la fijación de prioridades ocurrió de una manera bastante implícita porque las políticas no se explicaron ni se justificaron claramente (Ferri-de-Barros, Howard y Martin, 2009) (Fortes, 2009). Tal es la razón porque, en el mejor de los casos, la condición de criterios y relevancia se cumplió solo parcialmente.

De manera similar, una de las políticas aprobadas a nivel nacional fue la asignación de 9 mil millones de reales brasileños (R\$) para ampliar la cobertura de salud bucal. A pesar de que se votó esta política, no está clara la razón porque el gobierno o el Ministerio de Salud decidió ampliar la cobertura de salud bucal en esa medida. Tampoco hay información alguna disponible sobre por qué se asignó — por ejemplo— cierta cantidad a la cobertura de salud bucal y no a la cirugía pediátrica. Ferri-de-Barros pregunta: “¿Es razonable que el sistema financiado con fondos públicos pague ortodoncias e implantes dentales mientras hay niños que esperan años para someterse a cirugías reconstructivas urgentes que podrían salvarle la vida o prevenir o mitigar un considerable grado de discapacidad y sufrimiento?” (Ferri-de-Barros, 2015)

**1.2 Datos:** Otra pregunta que surge al considerar la relevancia tiene que ver con los datos: ¿Las decisiones se basan en datos razonables?

Una de las directrices de la CNS<sup>11</sup> recomienda mejorar la toma de decisiones basada en la evidencia como así también la toma de decisiones basada en la situación de salud de la población local. Sin embargo, los representantes presentes en la CNS acordaron que eso todavía no se ha logrado totalmente y hay una necesidad de mejorar aún más la capacidad de basar la formulación de políticas en datos y evidencia sólida. Por lo tanto, es improbable que las decisiones de la CNS ya cumplan la condición de los datos.

Dicha conclusión confirma lo que un exhaustivo análisis anterior del Banco Mundial reveló con respecto al sistema financiado con fondos públicos en Brasil (La Forgia, Couttolenc y Matsudo, 2007). Según los autores, la planificación de la futura asignación de recursos debe basarse en una evaluación de los problemas epidemiológicos más importantes y la efectividad de las intervenciones gubernamentales en periodos anteriores. No obstante, el estudio realizado por La Forgia, Couttolenc y Matsudo sugiere que el proceso de planificación existente en Brasil carece de información y un fundamento analítico. Una de las principales conclusiones del estudio fue que la fase de planificación para la asignación de recursos de salud en Brasil es concretada

principalmente como un ejercicio formal con el fin de cumplir requisitos legales, en lugar de una base para la asignación de recursos. Dicho proceso implica que hay muy poca variación presupuestaria de un año a otro y no hay incentivo para planificar bien (Ibíd.). El presupuesto del año anterior (ajustado al crecimiento anual) es la fuente principal de información utilizada para la planificación subsiguiente de los procesos anuales de asignación de recursos de salud y de presupuesto (Hsiao et ál., 2013). Frecuentemente la planificación y el presupuesto constituyen una rutina formalista que varía poco de un año a otro, lo cual no incentiva una buena planificación ni la gestión de la prestación de servicios (La Forgia, Couttolenc y Matsudo, 2007).

## **2. Estado público: Transparencia, propósito y alcance**

El aspecto del estado público de la “RCR” examina la transparencia de los fundamentos que hay detrás de las decisiones sobre asignación de recursos tomadas durante la CNS, como así también la manera en que dicha transparencia se comunica al público. Un aspecto positivo es que todos los temas rectores para la CNS y sus informes finales —incluyendo los planes de asignación para cada ciclo presupuestario— se comunican al público. Sin embargo, la falla principal con respecto a la transparencia y la comunicación es que no se comunican al público las razones de las decisiones para la asignación de recursos (Ferri-de-Barros, 2013).

---

<sup>11</sup> Política número 7, directriz 2, del documento de la 14a CNS.

Ferri-de-Barros toma como ejemplo la consideración anterior de la ampliación de la salud dental frente a cirugías reconstructivas para niños y pregunta: *“Si se revelaran claramente al público los fundamentos asociados con la ampliación de la salud bucal, en el contexto de la atención quirúrgica reconstructiva para niños como prioridad contrapuesta, ¿acaso los grupos de interés más relevantes consentirían en que es más importante financiar más implantes dentales y ortodoncias que ampliar recursos para salvar los miembros o la vida de los niños?”* (Ferri-de-Barros, 2015)

### **3. Apelaciones: Revisión de las decisiones**

Después de que se aprueban las políticas por voto mayoritario, no hay ningún mecanismo formal de apelación para impugnar las decisiones sobre asignación (Ferri-de-Barros, Howard y Martin, 2009). Según la estructura “RCR”, si hay nuevas razones o nuevos fundamentos para cambiar las decisiones sobre asignación, tiene que haber un mecanismo mediante el cual puedan examinarse las decisiones. En la situación hipotética anterior ofrecida por Ferri-de-Barros con respecto a la política de ampliación de la salud dental frente a cirugías reconstructivas para niños, un modelo más equitativo garantizaría que todos los grupos de interés tuvieran acceso al fundamento que había detrás de la decisión de financiar [o no financiar] las prioridades contrapuestas. En base a fundamentos alternativos, se habría empoderado a diferentes

grupos de interés con un claro mecanismo de apelación para examinar las decisiones sobre asignación. En este caso, un grupo activista en favor de niños con necesidades quirúrgicas no cubiertas argumentaría que la ampliación de la financiación de la cirugía reconstructiva para niños debe ser prioritaria sobre la ampliación de la atención dental, porque la cirugía reconstructiva para niños proporciona beneficios de salud más importantes que los implantes dentales. Quizás si los fundamentos detrás de las decisiones estuvieran a disposición de todos los grupos de interés, si todos los grupos de interés tuvieran una “voz” similar en el proceso y si hubiera un claro mecanismo para apelar las decisiones, no se habría votado la ampliación de cobertura de salud dental como prioridad sobre la atención quirúrgica reconstructiva para niños en dicho contexto.

### **4. Cumplimiento obligatorio: Compromiso del liderazgo para garantizar el cumplimiento de las demás condiciones de la estructura RCR**

Para cubrir la condición de cumplimiento obligatorio de la estructura RCR, el proceso tiene que ser regulado de manera voluntaria o pública para garantizar que se cumplan las tres primeras condiciones (Daniels y Sabin, 1997).

También es crucial la estructura legal para el liderazgo del sector de la salud en Brasil, ya que la capacidad de cumplimiento obligatorio es un elemento importante en la implementación de políticas. Uno de los principales problemas es la falta de cumplimiento obligatorio de los principios legislados y el compromiso para aplicar uniformemente la estructura de fijación de prioridades (CONASS, 2009)<sup>12</sup>. Aunque en Brasil la legislación apoya la amplia participación del público en la formulación de políticas sanitarias para el sistema de salud financiado con fondos públicos, dicho cumplimiento no se exige adecuadamente (Ferri-de-Barros, 2013). Por ejemplo, esto se demostró claramente en el estudio realizado por Wendhausen et ál. (2006). Ese estudio sugiere que las actuales prácticas en los procesos de fijación de prioridades no son democráticas y que recurren a la cultura autoritaria de nuestras instituciones. La autora propone el empoderamiento de los miembros del consejo que representan a los usuarios y a los representantes electos de los profesionales médicos.

## 5. Empoderamiento

La condición de empoderamiento exige que se mitiguen las diferencias de poder a fin de facilitar la efectiva participación de los diversos miembros en el contexto de la toma

de decisiones sobre fijación de prioridades<sup>13</sup>. Si se examina la condición de empoderamiento en el contexto de las CNS, hay un desequilibrio de poder entre los diferentes grupos de participantes que votan en las CNS, tanto en términos de su representación como de su participación. Eso es un problema que se describe en el estudio de Wendhausen et ál. (2006) y en un informe preparado por el CONASS (2009). En ciertos casos, la distribución numérica de los participantes con derecho a voto no sigue las reglas estipuladas por la ley. El poder de voto no es equitativo entre las regiones geográficas. La cantidad de participantes en las CNS se determina según la población general de cada región diferente de Brasil y no la población que depende del SUS. Por ejemplo, en el nordeste de Brasil casi toda la población depende del sistema financiado con fondos públicos, mientras que en el sudeste de Brasil hay una proporción mucho mayor de la población que tiene acceso a servicios de salud con financiación privada. No obstante, los miembros con derecho a voto del nordeste de Brasil son superados en número y en voto por los participantes del sudeste, simplemente porque hay más participantes del sudeste en las CNS. Conforme a la distribución actual de participantes con derecho a voto, los usuarios de regiones más pobres, los niños y los jóvenes

---

<sup>12</sup> Esto se demuestra claramente en: Wendhausen, Á. (2006). Power Relations and Democracy in Health Councils in Brazil: a Case Study.

---

<sup>13</sup> El “empoderamiento” ha sido sugerido por Gibson et ál. como una quinta condición para la estructura “RCR”. Sugiere que deben mitigarse las diferencias de poder a fin de facilitar la efectiva participación de los diversos miembros en el contexto de la toma de decisiones sobre fijación de prioridades. Gibson, J. L., Martin, D. K. y Singer, P. A. (2005). Priority setting in hospitals: fairness, inclusiveness, and the problem of institutional power differences. *Social science and medicine*.



están representados deficientemente (Ferri-de-Barros, Howard y Martin, 2009). Las decisiones basadas en el voto siempre constituirán una dificultad para el concepto de equidad en razón de las discrepancias regionales de los indicadores de salud en las diversas regiones brasileñas.

## 7. BUENAS PRÁCTICAS: ¿QUÉ HA FUNCIONADO BIEN EN BRASIL?

### Amplia participación social

Uno de los aspectos que ha funcionado bien en Brasil es la amplia participación social en el sistema financiado con fondos públicos. La participación del público en la formulación de políticas sanitarias es un requisito legal del SUS y se ejerce a todo nivel del sistema. La participación comunitaria también se ha incluido en el temario de las tres CNS más recientes.

### Liderazgo bien definido para las CNS

Ferri-de-Barros identificó que el liderazgo bien definido para las CNS es uno de los principales factores de respaldo para su argumento de que las CNS son un punto de partida fundamental a fin de desarrollar la fijación ética de prioridades para la asignación de recursos de salud en Brasil (Ferri-de-Barros, 2013). El proceso de toma de

decisiones sobre la fijación de prioridades está definido claramente, ya que las Conferencias Nacionales de Salud son sus foros principales, las CNS están legisladas claramente, ocurren regularmente cada cuatro años e involucran a diversos grupos de interés.

### Proceso de voto a todos los niveles

La formulación de políticas sanitarias en Brasil se realiza en base al voto. Los procesos de voto se ejecutan a nivel municipal, estatal y federal. La cantidad de participantes con derecho a voto por estado en las CNS es proporcional a la población del estado. La SGEP (*Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa*)<sup>14</sup> cumple un rol importante en esto, ya que es responsable de acelerar y perfeccionar las prácticas de gestión estratégica y participativa para el SUS.

La fijación de prioridades para asignar recursos de salud debe basarse en las políticas y directrices aprobadas a nivel nacional, las cuales tienen que reflejar los valores de los diversos grupos de interés representados en las CNS. Los miembros del consejo de salud a todo nivel deben garantizar que la toma de decisiones a su nivel jurisdiccional refleje las políticas y mociones aprobadas (CONASS, 2009). Sin embargo, algunas regiones de Brasil tienen una representación deficiente en los procesos de toma de decisiones, mientras que ciertos

---

<sup>14</sup> La SGEP se desarrolló en base a la 12a CNS. Esta es la agencia nacional que respalda, supervisa, celebra audiencias y audita la gestión participativa para el SUS.

grupos de interés no están suficientemente empoderados para contribuir en igualdad de condiciones al proceso (Ferri-de-Barros, Howard y Martin, 2009) (Wendhausen et ál., 2006). Esto se analizará en la siguiente sección sobre desafíos y recomendaciones a nivel de políticas.

## **Políticas aprobadas durante la 14a CNS**

Durante la CNS más reciente se aprobaron algunas de las políticas que procuraban abordar algunas de las cuestiones mencionadas anteriormente, tales como mitigar los desequilibrios de poder en la toma de decisiones y mejorar la capacidad de formular políticas basadas en la evidencia. Durante la 14ª Conferencia Nacional de Salud en el año 2011, cerca de 3000 delegados debatieron más de 15 directrices y propuestas de política sanitaria generadas desde 4374 conferencias municipales y 27 estatales. Los grupos de trabajo votaron y aprobaron 343 políticas, las cuales se presentaron al público mediante un informe final publicado en el año 2012 (Ferri-de-Barros, 2015).

# **8. DESAFÍOS PARA POLÍTICAS FUTURAS Y RECOMENDACIONES NORMATIVAS**

Hay que fortalecer varios aspectos del sistema de salud de Brasil a fin de mejorar la equidad y legitimidad de la fijación de prioridades para la asignación de recursos de salud. La presente sección resume algunas de las recomendaciones normativas identificadas por Ferri-de-Barros (Ibíd.).

## **Cumplimiento obligatorio de la legislación**

No siempre se exige el cumplimiento de ciertas áreas de la legislación —tales como el principio de la amplia participación pública—. Tiene que haber claridad de proceso y liderazgo para garantizar que las condiciones y los principios estipulados en la legislación se cumplan en todo momento y en toda jurisdicción sanitaria.

## **Capacidad y racionalidad de la planificación**

La planificación de las decisiones de asignación tiene que basarse en fundamentos sólidos. La estructura “RCR” sugiere que las decisiones sobre fijación de prioridades se basen en

fundamentos que incluyan evidencia, principios, valores y argumentos. Los grupos de interés deben acordar que los criterios y fundamentos son esenciales para cubrir las necesidades de la población. Como lo afirma el estudio de La Forgia, Couttolenc y Matsuda (2007), la planificación para asignar recursos de salud a menudo se realiza como un ejercicio formal para cumplir el requisito legal y no como instrumento para implementar políticas o como una base sobre la cual decidir la asignación de recursos. El desarrollo de la capacidad en el área de investigación de servicios de salud facilitaría un grado significativo de recopilación de datos y análisis para planear decisiones basadas en la evidencia y formular políticas sanitarias. La identificación y medición de necesidades de salud no cubiertas, como así también la oferta y demanda de servicios primarios de salud en diferentes jurisdicciones sanitarias, es un paso —tan básico como crítico— hacia el desarrollo de fundamentos para la fijación de prioridades legítimas y justas, lo cual es actualmente una característica deficiente del SUS.

## **Integralidad**

Otra oportunidad para mejorar es revisar el principio de integralidad, ya que, para cualquier sistema de salud financiado con fondos públicos, proporcionar todo a todos es algo tan utópico como irrealizable. En su publicación del año 2009, el CONASS reconoció la necesidad de fijar prioridades explícitamente y de manera más objetiva en el sistema de salud financiado con fondos públicos de Brasil. El informe declaró que el reconocimiento de prioridades no

significa que otras acciones —que evolucionan constantemente— se consideren sin importancia. Si las Conferencias Nacionales de Salud no son capaces de indicar qué es lo más relevante, será imposible identificar las acciones prioritarias y considerarlas al planificar las acciones de gobierno (CONASS, 2009).

## **Desigualdades**

En Brasil las desigualdades constituyen un problema más amplio, no solamente en la salud. No obstante, en el contexto de la desigualdad, son cada vez más difíciles las decisiones sobre la ética de la asignación de recursos. Son significativas las discrepancias regionales de los indicadores de salud en las diferentes regiones de Brasil. Asimismo, en las regiones más pobres, la población tiene menor poder de voto en el proceso de fijación de prioridades dentro del sistema público y menor acceso a seguros privados. La notoria desigualdad de oportunidades para el desarrollo humano puede ser producto tanto de procesos deficientes en la fijación de prioridades como de inequidad en la representación.

## **Transparencia y mecanismos de apelación**

Aunque hay participación del público en la toma de decisiones sobre la formulación de políticas sanitarias a todo nivel jurisdiccional del SUS, y aunque las políticas sanitarias aprobadas reflejan los valores de los representantes electos de todos los ciudadanos brasileños, no está a disposición del público el fundamento detrás de

las decisiones tomadas sobre la asignación final de fondos. Al mismo tiempo, debido a esa falta de transparencia, no es posible determinar la manera en que las políticas y mociones aprobadas rigen las decisiones sobre asignación de recursos. También es difícil apelar las decisiones si el fundamento detrás de ellas no se expone explícitamente ante todos los grupos de interés. A fin de mejorar la legitimidad y equidad del proceso de toma de decisiones para la asignación de recursos de salud en Brasil, hay que desarrollar y hacer cumplir un claro mecanismo de apelación. Dicho mecanismo tiene que garantizar que los fundamentos de las políticas sanitarias votadas y aprobadas, como así también de las decisiones sobre asignación de recursos, se presenten activamente ante el público y se debatan a todo nivel jurisdiccional, donde se consideren las diversas prioridades en el área de salud para las diferentes jurisdicciones antes de su implementación.

## **El empoderamiento y el evidente desequilibrio de poder**

Otro desafío importante que debe abordarse es el notorio desequilibrio de poder que surge de los diversos grupos de interés cuando se aplica la estructura RCR ampliada para analizar la fijación de prioridades en el contexto del SUS. El empoderamiento es un factor importante para garantizar que todos los grupos de interés tengan igualdad de consideración en los procesos de toma de decisiones. Los diferentes participantes deben tener igualdad de voz para que se nivele su participación en el proceso.

## **Investigación adicional e implementación de las recomendaciones**

Escasean los estudios empíricos sobre la fijación de prioridades en Brasil. Las publicaciones son muy limitadas. Una investigación adicional sobre este tema puede contribuir a propuestas de actuación normativa. También es crucial que los conocimientos adquiridos mediante la investigación se reflejen, de hecho, en las políticas. En razón de programas políticos y obstáculos para revelar explícitamente la asignación de recursos, ha sido difícil involucrar a los grupos de interés a fin de que consideren los cambios recomendados y reflejen en la práctica las recomendaciones normativas. Es probable que una investigación adicional sobre la ética de la fijación de prioridades mejore el proceso y la equidad de la asignación de recursos de salud en Brasil, si se involucra a la masa crítica de los grupos de interés y esta toma conciencia de los problemas que padece el actual modelo de toma de decisiones. También se necesita claramente una investigación adicional a nivel comunitario para que los diferentes grupos de interés y gestores puedan exponer las razones de la inequidad en los resultados.

## **Autoexclusión y toma de decisiones para el sistema privado**

Por lo general, los ciudadanos empoderados — quienes podría decirse que impulsan el cambio y exigen la rendición de cuentas en las decisiones sobre asignación de recursos para el SUS— no

son afectados directamente por tales decisiones. Al depender casi exclusivamente del sistema con financiación privada para sus necesidades de salud, estos ciudadanos, por lo general, se autoexcluyen de los procesos de toma de decisiones para la asignación de recursos en el sistema financiado con fondos públicos (Martins et ál., 2008).

El sistema con financiación privada no tiene implementado un mecanismo para la amplia deliberación y la participación social en la toma de decisiones sobre su asignación de recursos de salud. La estructura de las CNS, que existe a fin de deliberar y votar para la formulación de políticas sanitarias para el SUS, no existe para el sistema con financiación privada. Por lo tanto, la asignación de recursos de salud en el sistema con financiación privada, que representa aproximadamente el 50% del gasto en salud de Brasil, se rige principalmente según necesidades ocultas del mercado (ej., producción de renta financiera como principal prioridad). La principal meta de producción financiera a menudo entra en conflicto con la meta principal de abordar las necesidades de salud de la población (ej., prevención de enfermedades y recuperación de la buena salud). Esto representa un desafío significativo para el concepto de fijación ética de prioridades en el actual contexto del sector de salud brasileño.

## REFERENCIAS

- Arksey, H. y O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology: Theory and Practice*, 8(1), 19-32. <http://eprints.whiterose.ac.uk/1618/1/Scopingstudies.pdf>
- CONASS (2009). Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brazil. As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas [Conferencias Nacionales de Salud: Evolución y perspectivas], CONASS Document, 1st edition
- Daniels, N. (2008). Accountability for reasonableness: an update *BMJ* 2008; 337, <http://www.bmj.com/content/337/bmj.a1850> (Publicado el 09 de octubre de 2008)
- Daniels, N. (2000). Accountability for reasonableness, establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles, *BMJ*. 25 de noviembre de 2000; 321(7272). 1300–1301
- Daniels, N. y Sabin, J. E. (1997). Limits to health care: fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem for insurers. *Philosophy and public affairs*, 26(4)

- Ferrarezi E., De Cravahlo O. (2011). National Health Conferences and Participatory Processes in the Brazilian Federal Public Administration, A Case Study, NS World, <http://bit.ly/28K8TWS>
- Ferri-de-Barros, F. (2015). Ethics of Health Resources Allocation in the Publicly Financed Health Care System in Brazil. Seminario virtual de la red de conocimientos sobre priorización y planes de beneficios del Banco Interamericano de Desarrollo, CRITERIA, celebrado el 30 de noviembre de 2015. <http://www.redcriteria.org/webinar/los-etica-de-la-priorizacion-del-gasto-en-salud-de-brasil/>
- Ferri-de-Barros, F. (2013). Priority Setting for Health Resource Allocation in Brazil: A Scoping Review and Ethical Analysis
- Ferri-de-Barros, F., Gibson, J. y Howard, A. (2012). An argument for explicit rationing of health resources within the public-private mix in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(6),1211–1212
- Ferri-de-Barros, F., Howard, A. W., Martin, D. K. (2009). Inequitable distribution of health resources in Brazil: an analysis of national priority setting, *Acta Bioethica*
- Fortes, P. A. de C. (2009). Brazilian bioethicists and the principles of universality and integrality in the National Health System. *Revista de Saúde Pública*, 43(6), 1054–1058
- Gibson, J. L., Martin, D. K. y Singer, P. A. (2005). Priority setting in hospitals: fairness, inclusiveness, and the problem of institutional power differences. *Social science and medicine*
- Glassman, A., Chalkidou K. (2012). Priority-Setting in Health Building Institutions for Smarter Public Spending, Center for Global Development
- Gragnotati, M., Lindelow, M. y Couttolenc B. (2013). Twenty years of health system reform in Brazil: an assessment of the sistema único de saúde, The World Bank
- Hsiao D., Roberts M., Sinclair M., Noronha J. (2013). Brazil's National Health System, Harvard School of Public Health
- Banco Interamericano de Desarrollo (2015). Evaluación de tecnologías en salud: El caso de Brasil. Serie de Breves de la red de conocimientos sobre priorización y planes de beneficios, CRITERIA: Breve N.º 5. <https://publications.iadb.org/handle/11319/7064>
- La Forgia G, Couttolenc B, Matsuda Y. Brazil (2007). Governance in Brazil's Unified Health System (SUS). Raising the quality of public spending and resource management, World Bank Report No. 36601-BR
- Martins, P., Cotta, R. y Mendes, F. (2008). Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil: Matizes da Utopia. *Revista de Saúde Coletiva*, 18 [ 1 ]: 105-121

Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., et ál. (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, 377(9779)

Victora, C. G., Aquino, E. M. L., Leal, M. C., et ál. (2011a) Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. The Lancet Group Brazil

Victora, C. G., Barreto, M. L., Leal, M. C., Monteiro, C. A. et ál. (2011b). Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *The Lancet*

Wendhausen, Á. et ál. (2006). Relaciones de poder y democracia en los consejos de salud en Brasil: estudio de un caso. [Quality of decision-making in a municipal health council], *Revista Española de Salud Pública*, 80: 697-704

