

El desafío de la descentralización

Financiamiento público de la salud en Brasil

André Medici



Banco Interamericano de Desarrollo

derechos reservados.
ación: www.iadb.org/pub

© Banco Interamericano de Desarrollo
Visite nuestro sitio Web para

Página en blanco a propósito

Banco Interamericano de Desarrollo

EL DESAFIO DE LA DESCENTRALIZACION

Financiamiento público de la salud en Brasil

André Medici

Washington, DC

2002

Producido por la Sección de Publicaciones del BID. Las opiniones expresadas en este libro pertenecen al autor y no necesariamente reflejan los puntos de vista del BID.

**Cataloging-in-Publication data provided by the
Inter-American Development Bank
Felipe Herrera Library**

Medici, André César.

El desafío de la descentralización: financiamiento público de la salud en Brasil / André Medici.

p. cm. Includes bibliographical references.
ISBN: 1931003165

1. Public health—Brazil—Finance. 2. Medical care, Cost of—Brazil. 3. Brazil—Appropriations and expenditures. 4. Medical policy—Brazil. I. Inter-American Development Bank. II. Title.

362.1 M61--dc21

**El desafío de la descentralización
Financiamiento público de la salud en Brasil**

©Banco Interamericano de Desarrollo, 2002

Esta publicación puede solicitarse a:
IDB Bookstore
1300 New York Avenue, NW
Washington, DC 20577
Estados Unidos de América
Tel. (202) 623-1753, Fax (202) 623-1709
1-877-782-7432

idb-books@iadb.org
www.iadb.org/pub

ISBN: 1931003165

INDICE

Lista de cuadros, figuras y recuadros	vii
Siglas y abreviaturas	xii
Prefacio	xvii
Introducción	1
Objetivo y plan del estudio	1
El pluralismo fragmentado	1
Los indicadores de salud	3
La descentralización del financiamiento	4
La importancia del gasto en salud en los ingresos públicos	5
Fuentes y uso del financiamiento del gasto federal en salud	6
Heterogeneidad del gasto regional en salud	7
Programas que cambian la naturaleza del financiamiento público de la salud	8
Agenda para el futuro	9
Capítulo 1 – Gastos y resultados de las políticas de salud en Brasil	11
Introducción	11
Los gastos en salud	14
El gasto de las familias	14
El gasto del gobierno	16
El gasto de las empresas	19
La integración de las fuentes de financiamiento	21

El gasto en salud en Brasil en el contexto latinoamericano	22
Indicadores del desempeño del sistema de salud en Brasil	24
La salud del niño y de la mujer	24
Enfermedades transmisibles	28
Cobertura de los servicios públicos	29
Conclusiones	32
Capítulo 2 – Estimación del gasto público en salud	33
Conceptos básicos y fuentes de datos	33
El financiamiento de la salud y el proceso de descentralización	35
Conclusiones	40
Capítulo 3 – Participación del gasto en salud en el presupuesto público	41
Los gastos federales	41
Los gastos de los estados	42
Los gastos municipales	43
Participación del gasto en salud en el ingreso público global	43
El gasto en salud como parte del gasto social	44
Conclusiones	46
Capítulo 4 – Fuentes de financiamiento y flujos de recursos.....	47
Fuentes que financian el presupuesto federal de salud	47
Flujos financieros del gasto público en salud	49
Formas de pago asociadas a los flujos de financiamiento	51
Conclusiones	56
Capítulo 5 – Uso de los recursos públicos para la salud	59
El gasto según categorías económicas	59
El gasto según la naturaleza de la actividad	60
Conclusiones	62

Capítulo 6 – Distribución regional del gasto en salud	65
Aspectos metodológicos	65
El gasto público total de los estados en salud	66
Heterogeneidad del gasto regional en salud	67
La equidad en la distribución regional de los gastos federales	69
Relación entre gastos y resultados del sistema de salud a nivel regional	71
Conclusiones	76
Capítulo 7 – Heterogeneidad de los gastos municipales en salud	79
Introducción	79
Niveles de gasto en salud según el tamaño de los municipios	80
Participación de los gastos en salud en los ingresos municipales	80
Tasa de inversión en salud de los municipios	81
Dependencia del gobierno federal	82
Conclusiones	84
Capítulo 8 – Transferencias de recursos a programas especiales	85
Las transferencias de recursos	85
El nivel mínimo de financiamiento para la atención básica (PAB)	86
Programas complementarios de atención básica	89
Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS)	
y Programa de Salud de la Familia (PSF)	89
Programa de Lucha contra las Carencias Nutricionales (PCCN)	91
Programa de Asistencia Farmacéutica (PAF)	93
Programa Nacional de Inmunización (PNI)	93
Programa de Atención Integral de la Salud de la Mujer (PAISM)	95
Conclusiones	96
Capítulo 9 – Nuevos cambios en el financiamiento del SUS	99
Modelo de descentralización y financiamiento	99
Efectos previstos de la vinculación del gasto en salud	102
Conclusiones	104

Capítulo 10 – Problemas y perspectivas	105
Los avances	105
Los problemas	107
Fragmentación	107
Inequidad en el financiamiento	107
Autonomía limitada e incentivos asociados a la oferta	108
Precariedad de los indicadores de salud	109
Respuestas a los problemas	109
Fragmentación	109
Inequidad en el financiamiento	112
Autonomía limitada e incentivos asociados a la oferta	112
Precariedad de los indicadores de salud	113
El camino hacia el futuro	113
Fragmentación	114
Inequidad en el financiamiento	115
Autonomía	116
Mejora de los indicadores de salud	117
Conclusiones	117
Capítulo 11 – Conclusiones	119
Aspectos generales	119
Magnitud del gasto y descentralización del financiamiento	119
El uso de los recursos públicos para la salud	121
Mecanismos de financiamiento	121
Heterogeneidad regional de los gastos en salud	122
Gastos y resultados en el ámbito de la salud	122
Nuevas perspectivas en el financiamiento de la descentralización	123
Problemas y perspectivas futuras del financiamiento de la salud en Brasil	124
Bibliografía	127
Apéndice estadístico	133

Lista de cuadros, figuras y recuadros

Cuadros

Cuadro 1.1.	Indicadores del gasto en salud de las familias. Brasil, 1987–1996	15
Cuadro 1.2.	Financiamiento del sector salud, responsabilidad por el gasto. Brasil, 1996	21
Cuadro 1.3.	Cobertura de vacunación contra las principales enfermedades inmunoprevenibles. Brasil, 1995–1999	30
Cuadro 4.1.	Presupuesto de la seguridad social	48
Cuadro 4.2.	Síntesis de los mecanismos de gasto y transferencias de recursos del gobierno federal a los estados y municipios para el financiamiento de la salud en Brasil	53
Cuadro 5.1.	Distribución de los gastos en salud del gobierno federal. Brasil, 1997	63

Cuadros del apéndice estadístico

Cuadro A 1.	Evolución del gasto público en salud según el origen de los recursos, 1980-1999	135
Cuadro A 2.	Población cubierta e ingreso bruto del sector de seguros médicos privados en Brasil, 1987–1996	135
Cuadro A 3.	Gastos en salud como porcentaje del PIB: América Latina y el Caribe, 1997 (estimación del ISM del Banco Mundial/OMS)	136
Cuadro A 4.	Gastos per cápita en salud, esperanza de vida al nacer y años de vida perdidos por discapacidad en América Latina y el Caribe, 1997	137
Cuadro A 5.	Tasas de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos) en Brasil, 1997. Valores máximos y mínimos de los municipios de cada estado	138
Cuadro A 6.	Brasil: Algunos indicadores sociales asociados a la disminución de la mortalidad infantil y la desnutrición en Brasil, 1986 y 1996	139

Cuadro A 7.	Distribución porcentual relativa de la población según el uso del SUS y el nivel de escolaridad en Brasil, 1998	139
Cuadro A 8.	Gastos federales en salud brutos (origen de los recursos) y netos (responsabilidad por el gasto), 1982–1999	140
Cuadro A 9.	Gastos estatales en salud brutos (origen de los recursos) y netos (responsabilidad por el gasto), 1982–1996	141
Cuadro A 10.	Gastos municipales en salud brutos (origen de los recursos) y netos (responsabilidad por el gasto), 1985–1998	142
Cuadro A 11.	Gastos en salud según el origen de los recursos, 1985–1996	142
Cuadro A 12.	Gastos en salud según la responsabilidad por el gasto, 1985–1996	143
Cuadro A 13.	Participación del sector salud en los ingresos del gobierno federal, 1988–1999	143
Cuadro A 14.	Participación del gasto en salud en los ingresos de los gobiernos de los estados, 1980–1998	144
Cuadro A 15.	Participación del gasto en salud en los ingresos de los gobiernos municipales, 1980–1998	144
Cuadro A 16.	Participación del gasto en salud en los ingresos del sector público, 1990–1998	144
Cuadro A 17.	Evolución de la participación de los componentes del gasto social federal por categoría de gasto: Brasil, 1993–1998	145
Cuadro A 18.	Fuentes de financiamiento del gasto público federal en salud: Brasil, 1993–1998	145
Cuadro A 19.	Gastos públicos federales en salud según la categoría económica del gasto. Brasil, 1993–1998	146
Cuadro A 20.	Gastos públicos en salud (responsabilidad por el gasto) según la actividad y el nivel de gobierno. Brasil, 1994–1996 ..	146
Cuadro A 21.	Gastos públicos en salud según el destino final de los recursos. Brasil, regiones y estados, 1996	147
Cuadro A 22.	Gasto público per cápita anual en salud en los estados según el destino final de los recursos, 1994–1996	148
Cuadro A 23.	Indicadores de resultado, de proceso y de cobertura presunta del sistema de salud. Brasil, regiones y estados, 1996	149
Cuadro A 24.	Gastos municipales en salud per cápita según el tamaño del municipio. Brasil, 1998	150

Cuadro A 25.	Gastos municipales per cápita en salud como porcentaje de los ingresos propios de los municipios. Brasil, 1998.	150
Cuadro A 26.	Gastos en inversión como porcentaje de los gastos municipales en salud. Brasil, 1998	151
Cuadro A 27.	Grado de dependencia de los municipios del financiamiento del Ministerio de Salud. Brasil, 1998.....	151
Cuadro A 28.	Distribución del PAB por estado en 1998	152
Cuadro A 29.	Expansión de la cobertura y los gastos del PACS/PSF. Brasil, 1994–1998	153
Cuadro A 30.	Programas descentralizados de atención básica de salud. Brasil, 1998	153
Cuadro A 31.	Estimación del impacto de la EC 29/2000 en los gastos en salud. Brasil, 1998-2004	154
Cuadro A 32.	Indicadores de financiamiento, resultado y procesos del sistema de salud. Brasil, 1986/9–1996	155

Figuras

Figura 1.1.	Gasto público en salud. Brasil, 1980-1996	17
Figura 1.2.	Distribución del gasto público en salud. Brasil, 1980	18
Figura 1.3.	Distribución del gasto público en salud. Brasil, 1996	19
Figura 1.4.	Financiamiento del sector salud, origen de los recursos. Brasil, 1996.....	22
Figura 1.5.	Relación entre el gasto en salud y el ingreso per cápita. América Latina y el Caribe, 1997	23
Figura 1.6.	Correlación entre el gasto per cápita en salud y la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (EVAD).....	24
Figura 1.7.	Tasas de mortalidad infantil en Brasil, total y por regiones, 1989–1998 (por 1.000 nacidos vivos)	25
Figura 1.8.	Niños con desnutrición (medida por retraso del crecimiento) como porcentaje de los niños menores de 5 años. Brasil, 1975, 1989, 1996	26
Figura 1.9.	Porcentaje de nacidos vivos sin atención de la mujer embarazada y con parto domiciliario, por nivel de escolaridad de la madre. Brasil, 1996	27
Figura 1.10.	Tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas transmisibles. Brasil, 1980–1995 (por 100.000 habitantes)	28

Figura 1.11.	Evolución de la producción de servicios de salud (procedimientos ambulatorios per cápita e internaciones hospitalarias por 1.000 habitantes). Brasil, 1994–1999	29
Figura 1.12.	Cobertura institucional de salud en Brasil, 1998	31
Figura 2.1.	Evolución de las transferencias de recursos federales a los estados y municipios como porcentaje del gasto federal. Brasil, 1982–1999	37
Figura 2.2.	Distribución del gasto público en salud (según el origen de los recursos). Brasil, 1996	39
Figura 2.3.	Distribución del gasto público en salud (según la responsabilidad por el gasto). Brasil, 1996	40
Figura 3.1.	Distribución del gasto público federal según la naturaleza del gasto. Brasil, 1993–1998	45
Figura 3.2.	Participación del gasto en salud en el gasto social total de los estados y municipios. Brasil, 1980–1990	45
Figura 4.1.	Recursos financieros del sector salud en Brasil	49
Figura 5.1.	Evolución de los gastos federales corrientes y de las transferencias federales de recursos a los estados y municipios. Brasil, 1993–1998	60
Figura 6.1.	Relación entre el gasto público per cápita en salud (GPS) y el PIB per cápita en las unidades de la federación (UF). Brasil, 1996	68
Figura 6.2.	Relación entre el gasto público federal (GPF) per cápita en salud y el PIB per cápita en las unidades de la federación. Brasil, 1996	70
Figura 6.3.	Relación entre el gasto estadual y municipal en salud per cápita (GPEM) y el PIB per cápita en las unidades de la federación. Brasil, 1996	71
Figura 6.4.	Indicadores de salud por región. Brasil, 1995	73
Figura 6.5.	Relación entre las tasas de mortalidad infantil y el gasto público en salud (GPS) per cápita por unidad de federación. Brasil, 1996	73
Figura 6.6.	Relación entre el PIB per cápita y las tasas de mortalidad infantil por unidad de federación. Brasil, 1996	74
Figura 6.7.	Relación entre las tasas de mortalidad infantil y el porcentaje de nacidos vivos con por lo menos seis consultas prenatales por unidad de federación. Brasil, 1996	74

Figura 6.8.	Relación entre la cobertura adecuada de procedimientos prenatales y el gasto público en salud (GPS) per cápita por unidad de federación. Brasil, 1996	75
Figura 6.9.	Relación entre el porcentaje de muertes por causas mal definidas y el gasto público en salud (GPS) per cápita por unidad de federación. Brasil, 1996	75
Figura 6.10.	Relación entre las tasas de mortalidad infantil y el porcentaje de muertes por causas mal definidas por unidad de federación. Brasil, 1996	76
Figura 7.1.	Gastos municipales en salud (GMS) per cápita por tamaño de la población municipal. Brasil, 1998	81
Figura 7.2.	Tasa de dependencia de las transferencias federales de los municipios según el tamaño de la población. Brasil, 1998	83

Recuadros

Recuadro 1.1.	Fuentes de información relacionada con los indicadores de salud en Brasil	13
Recuadro 2.1.	Sistema de información sobre Presupuestos Públicos para la Salud (SIOPS)	36
Recuadro 4.1.	Nuevo mecanismo de control de fraudes en el SUS	52
Recuadro 8.1.	Acciones comprendidas en el nivel mínimo de financiamiento para la atención básica (PAB)	88
Recuadro 8.2.	Coberturas mínimas aceptables por tipo de vacuna del PNI y gastos del programa, 1996–1999	95
Recuadro 9.1.	Plan de Atención Básica Ampliado (PABA)	101
Recuadro 10.1.	La recuperación de costos de los servicios del SUS utilizados por usuarios de planes privados de salud	111

Siglas y abreviaturas

ABRAMGE	Asociación Brasileña de Medicina de Grupo de Empresas
ABRASPE	Asociación Brasileña de Salud de las Empresas
ACS	Agente comunitario de salud
AIH	Autorización de internación hospitalaria del MS
AMS	Encuesta sobre asistencia médica y sanitaria del IBGE
ANS	Organismo Nacional de Salud Suplementaria del MS
BEMFAM	Sociedad para el Bienestar Familiar en Brasil
BNDES	Banco Nacional de Desarrollo Económico y Social
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CEME	Central de Medicamentos del MS
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiología del MS
CNPq	Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico
CNS	Consejo Nacional de Salud
CNSS	Consejo Nacional de Salud Suplementaria
CPMF	Contribución provisoria sobre movimientos financieros
CSC	Cuenta Social Consolidada del IPEA
DATASUS	Sistema de Procesamiento de Datos del SUS
DCS	Departamento de Contabilidad Social del IBGE
DECNA	Departamento de Cuentas Nacionales del IBGE
DIPES	Dirección de Investigaciones del IPEA
DISOC	Dirección de Política Social del IPEA
DIVEM	División de Estados y Municipios del DTN/MF
DPS	Dirección de Política Social del IPEA
DTN	Departamento del Tesoro de la Nación del MF
EC	Enmienda constitucional
EVAD	Esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad
FAT	Fondo de Amparo al Trabajador
FEF	Fondo de Estabilización Fiscal
FENASEG	Federación Nacional de Empresas de Seguro
FES	Fondos Estaduales de Salud
FIDEPS	Factor de incentivo para el desarrollo de las investigaciones en salud (multiplicador que se aplica en la tabla de la AIH para establecimientos de salud que, además de prestar servicios, desarrollan actividades de investigación)

FIOCRUZ	Fundación Instituto Oswaldo Cruz del MS
FNS	Fondo Nacional de Salud
FMS	Fondos Municipales de Salud
FPE	Fondo de Participación de los Estados
FPM	Fondo de Participación de los Municipios
FUNASA	Fundación Nacional de Salud del Ministerio de Salud
FUNDAP	Fundación para el Desarrollo de la Administración Pública
GDA	Grupos con diagnósticos afines
IBGE	Instituto Brasileño de Geografía y Estadística
IBM	Instituto del Banco Mundial
IBOPE	Instituto Brasileño de Opinión Pública y Encuestas
ICMS	Impuesto sobre la circulación de mercancías y servicios
IESP	Instituto de Economía del Sector Público de la FUNDAP
INCQS	Instituto Nacional de Control de Calidad en Salud de la FIOCRUZ
IPEA	Instituto de Investigaciones Económicas Aplicadas
IPTU	Impuesto predial y territorial urbano
ISM	Informe sobre la salud en el mundo de la OMS
ISS	Impuesto sobre servicios
IVHE	Índice de valorización hospitalaria de emergencia (multiplicador que se aplica a la tabla de la AIH en establecimientos de salud que proporcionan servicios de urgencia y emergencia)
LOS	Ley Orgánica de Salud
MF	Ministerio de Hacienda
MS	Ministerio de Salud
NOAS	Norma Operativa de la Atención de Salud del MS
NOB	Normas Operacionales Básicas del MS
NUPENS	Núcleo de Investigaciones en Nutrición y Salud de la USP
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAB	Nivel mínimo de financiamiento para la atención básica
PABA	Nivel mínimo ampliado de financiamiento para la atención básica
PACS	Programa de Agentes Comunitarios de Salud del MS
PAF	Programa de Asistencia Farmacéutica del MS
PAISM	Programa de Atención Integral de la Salud de la Mujer
PCCN	Programa de Lucha contra las Carencias Nutricionales del MS
PIASS	Programa de Acciones de Salud y Saneamiento en el Interior
PIB	Producto interno bruto

PNAD	Encuesta Nacional de Muestra de Hogares del IBGE
PNI	Programa Nacional de Inmunización
POF	Encuesta sobre Presupuestos Familiares del IBGE
PRMI	Programa de Reducción de la Mortalidad Infantil
PSF	Programa de Salud de la Familia
REFORSUS	Programa de Reforma del Sector Salud del MS
SAS	Secretaría de Atención de Salud del MS
SIA	Sistema de Información Ambulatoria del SUS
SIAB	Sistema de Información de la Atención Básica
SIAFI	Sistema de Información Administrativa y Financiera del MF
SIDOR	Sistema de Información de Presupuestos del SIAFI/MF
SIH	Sistema de Información Hospitalaria del SUS
SIOPS	Sistema de Información sobre Presupuestos Públicos de Salud del MS
SISVAN SSS	Sistema de Vigilancia Alimentaria Sector de Salud Suplementaria
SUDS	Sistema Unificado y Descentralizado de Salud
SUS	Sistema Único de Salud
TTF&C	Towers, Terrin, Foster and Crossly – Empresa Consultora
TUNEP	Tabla única nacional de equivalencia de procedimientos
UBS	Unidades básicas de salud
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIMED	Unión de Cooperativas de Médicos de Brasil
USP	Universidad de São Paulo
UTI	Unidades de terapia intensiva

EL AUTOR

André Medici, brasileño, posee un Master en Economía en la Universidad Estatal de Campinas y un doctorado en Historia Económica en la Universidad de São Paulo. Ocupó varios cargos públicos en Brasil y fue Presidente de la Asociación Brasileña de Economía de Salud. Ha publicado numerosos libros y artículos sobre economía de la salud y políticas sociales. En 1996 se incorporó al Banco Interamericano de Desarrollo, donde actualmente se desempeña en la División de Programas Sociales del Departamento de Desarrollo Sostenible. Los interesados en ponerse en contacto con el autor deben dirigirse a andrem@iadb.org o al teléfono (202) 623-1972.

AGRADECIMIENTOS

El autor agradece a Sérgio Piola y José Aparecido Ribeiro, del Instituto de Investigación Económica Aplicada del Ministerio de Planificación en Brasil, quienes proporcionaron buena parte de los datos necesarios para el proyecto. También da las gracias por los valiosos comentarios y sugerencias recibidos de colegas del Banco Interamericano de Desarrollo, especialmente Alvaro Cubillos, Carlos Herran, Carmiña Albertos, Gustavo Cuadra, Gustavo Zuleta, James Dinsmoor, María Teresa Traverso, Pablo Roldán, Patricio Duarte, Patrick Saint-Pol Maydieu, Riccardo Rietti, Roberto lunes, Viola Espínola, Tomás Engler y William Savedoff. El trabajo de revisión del documento también contó con la participación de Judith Lavalle y Maritza Andreé, ambas de la División de Programas Sociales 1 del BID. Finalmente y de manera especial se agradece el estímulo, el apoyo y la revisión cuidadosa de Christian Gómez, que en ese momento se desempeñaba como Jefe de la División de Programas Sociales 1 del BID.

Página en blanco a propósito

PREFACIO

Con la implantación del Sistema Unificado de Salud (SUS) en 1988, Brasil ha venido mejorando progresivamente los servicios de atención médica. Buena parte de esta transformación se realizó durante los años noventa, gracias a políticas de descentralización y mecanismos de financiamiento que aumentaron el acceso y redujeron la desigualdad entre grupos poblacionales y regiones. Estas son las razones por las que la reforma de salud en Brasil es una de las más estudiadas en el contexto latinoamericano.

Entender la naturaleza, los avances y los obstáculos de este proceso no es una tarea fácil. Brasil, con un territorio de dimensiones continentales, es uno de los países que presenta mayor desigualdad en todo el mundo. Transformar esta realidad a corto plazo, aun cuando se trate de un solo sector, como el de la salud, plantea enormes desafíos económicos, políticos y sociales.

Los principales desafíos de orden económico son dos: la eficiencia en el uso de los recursos y la suficiencia de fondos para satisfacer las necesidades básicas de todos, especialmente de los más pobres. En el campo político, el objetivo es conseguir un acuerdo entre los distintos agentes involucrados —profesionales de salud, sindicatos, políticos y usuarios— que dé armonía a los procesos de planificación y entrega de los servicios. Los retos sociales, por su parte, radican en la necesidad urgente de mejorar los indicadores de salud mediante esquemas de participación de la comunidad, especialmente en las regiones más remotas del país. Brasil sigue siendo uno de los países que presenta una de las más elevadas tasas de mortalidad infantil de América Latina. Los resultados de salud necesitan ser mejorados con urgencia y para lograrlo es necesario mejorar el financiamiento y la gestión del sistema de salud.

La reforma del sector salud en Brasil plantea además otros interrogantes. ¿Cómo financiar un sistema de salud donde la responsabilidad última por la gestión y entrega de los servicios es municipal, en un país con 5.500 municipios de los cuales la mayoría tiene menos de 20.000 habitantes? ¿Cómo lograr los recursos financieros necesarios para financiar las acciones básicas en estas localidades? ¿Cómo garantizar el pluralismo y la integración armónica entre los proveedores de servicios públicos y privados en este contexto? ¿Cómo instituir procesos de regulación y mecanismos de pago que permitan que los recursos sean invertidos de la forma más eficiente y transparente, evitando el despilfarro?

El desafío de la descentralización examina estos interrogantes y el modo en que están siendo debatidos, así como las medidas concretas que se han venido gestando como respuesta. Seguramente esta experiencia brasileña podrá ser relevante en los procesos futuros de descentralización de salud, no solamente en América Latina y el Caribe, sino en otros países, particularmente en aquellos con una estructura política federal. El Banco Interamericano de Desarrollo tiene la satisfacción de poner a disposición del público esta publicación, que esperamos sea de mucho interés para quienes tienen la responsabilidad de buscar soluciones en este componente crítico del capital social para una nación como es la salud de su pueblo.

Ricardo Santiago

Gerente de Operaciones de la Región 1
Banco Interamericano de Desarrollo

INTRODUCCION

OBJETIVO Y PLAN DEL ESTUDIO

A partir de la reforma constitucional de 1988, el gobierno de Brasil introdujo una serie de cambios en la manera como se financia el sector público de la salud. Estas reformas, y su impacto en el estado de salud de la población, constituyen el tema de análisis de este estudio. En él se presenta la dimensión del gasto en salud en el país y su relación con el gasto internacional; se evalúa el gasto en salud de la última década comparándolo con los indicadores básicos de desempeño del sector; se describen la naturaleza y composición del gasto público federal; se analiza la distribución del gasto en salud entre los estados y municipios, con énfasis en los aspectos de equidad regional; se examinan las principales medidas que el gobierno federal ha tomado para corregir los problemas de financiamiento y equidad en la composición y distribución del gasto, y finalmente se registran algunos de los problemas que todavía existen en el ámbito del financiamiento público de los servicios de salud, así como sus posibles soluciones.

El estudio contiene también un apéndice estadístico que constituye una fuente adicional de consulta para quienes deseen informarse sobre el comportamiento del gasto en salud en Brasil, en todas sus dimensiones territoriales¹. A continuación se presenta una síntesis de las principales conclusiones del estudio.

EL PLURALISMO FRAGMENTADO²

El sistema de salud en Brasil es pluralista y fragmentado. En él se destacan tres grandes modalidades de financiamiento y prestación de servicios: 1) la organizada por el sector

¹ A efectos de comparación, los datos financieros presentados en este estudio fueron convertidos a su equivalente en dólares estadounidenses constantes de diciembre de 1998.

² El término “pluralismo fragmentado”, para los fines de este estudio, se utiliza en el marco conceptual propuesto por Juan Luis Londoño y Julio Frenk de “pluralismo estructurado”. Se define como pluralismo fragmentado el sistema que, compuesto por más de un subsector (público, privado o de seguridad social), no presenta un marco regulatorio que permita promover la integración, estructuración de la oferta y eficiencia del sector salud. En este sentido, todo sistema pluralista fragmentado se caracteriza por superposiciones, ineficiencia y descoordinación de las actividades entre los distintos segmentos, lo cual lleva a fallas de cobertura y problemas de equidad.

público por medio del sistema único de salud (SUS)³; 2) la estructurada sobre la base de un sistema suplementario de salud financiado con el método de prepago por las familias y las empresas, y 3) la financiada directamente por las familias a través de su ahorro.

Se estima que en 1996 el gasto total en salud en Brasil alcanzaba US\$61.400 millones (7,7% del PIB)⁴. Las familias y empresas respondían por la mayor parte de los gastos en salud: las primeras con el 54% y las segundas con el 9%. Cerca de un tercio del gasto de las familias se destina a la compra de planes de salud y otro tercio a la adquisición de medicamentos. El último tercio financia pagos directos por los servicios y otros gastos en salud de las unidades familiares. El gasto del gobierno a través del SUS, que es el objeto del análisis de este estudio, representó cerca del 37% del gasto total en salud en 1996.

Aunque el sistema de salud brasileño se caracteriza por su pluralismo, sigue siendo en los años noventa un sistema fragmentado. Sin embargo, últimamente se ha buscado una mayor coordinación e integración entre las acciones de salud financiadas por el sector público, a través de un largo y continuo proceso de descentralización y de la redefinición de los papeles de las distintas esferas de gobierno. Con todo, persisten todavía problemas asociados a la búsqueda de una mayor integración entre los sectores público y privado. Se intenta racionalizar el uso de los recursos disponibles, por un lado, y solucionar el problema de la inequidad entre los gastos de distintos grupos sociales, por el otro, lo cual podría lograrse por medio de una focalización de los recursos públicos en los grupos sin capacidad para financiar su salud. La adopción de medidas que solucionen estos problemas podría contribuir a mejorar la posición desfavorable que el país todavía presenta en cuanto a los indicadores básicos de salud en el contexto latinoamericano.

Con un gasto de más de un tercio de los recursos en salud a nivel nacional, el sistema público es la única vía de acceso a los servicios de salud disponibles para buena parte de los brasileños. Una investigación nacional realizada por el Instituto Brasileño de Opinión Pública y Encuestas (IBOPE) en 1998⁵ demostró que el 40% de la población utilizaba exclusivamente el SUS como modalidad de atención de salud, el 44% utilizaba el

³ El SUS fue creado en la Constitución Brasileña de 1988, la cual consagró el derecho universal y gratuito a la salud para todos los residentes de Brasil. El SUS se basa en tres principios básicos: universalización del acceso a la salud, integralidad de la cobertura de los servicios y equidad en la distribución de los recursos públicos. Los principios de organización a través de los cuales se implementa el SUS son la descentralización, con una gestión unificada en cada esfera de gobierno (federal, estadual y municipal) y la participación social, a través de la representación de distintos segmentos de la población en el Consejo Nacional de Salud (CNS), así como en los Consejos Estaduales y Municipales de Salud, que tienen la misión de aprobar las decisiones y fiscalizar las acciones de salud del poder ejecutivo.

⁴ Los datos que permiten estimar el conjunto del gasto en salud en Brasil dependen de encuestas nacionales de presupuesto familiar, las cuales solo están disponibles hasta 1996. Se planea realizar una actualización de dicha encuesta en 2002.

⁵ La encuesta que se realizó del 12 al 17 de febrero de 1998 fue contratada a través de un convenio de la Fundación Nacional de Salud (FUNASA) y el Consejo Nacional de Secretarios Estaduales de Salud. Fueron entrevistadas 2.000 familias de una muestra estratificada representativa en el ámbito regional en todo el territorio nacional.

SUS y otros sistemas y el 16% no usaba el SUS. De las personas con instrucción primaria incompleta, 12% no eran usuarias del SUS. Como este grupo representa el 65% de la población brasileña y abarca en general a los más pobres, que no tienen recursos para pagar planes de salud, se puede decir que por lo menos 7% de los pobres brasileños no son usuarios del SUS.

La inequidad del SUS no está en el grado de utilización del sistema por ricos y pobres, sino en la naturaleza de los procedimientos del SUS que los ricos utilizan, los cuales, además de ser cuestionables en cuanto a su esencialidad, son más costosos que los consumidos por el perfil epidemiológico de los más pobres. Tal hecho lleva al sistema a gastar, en procedimientos de alto costo y tecnología para ricos ya cubiertos por planes privados de salud, recursos que podrían destinarse a la reducción de la mortalidad y la morbilidad entre los más pobres.

No obstante, es cierto que los grupos de mayor ingreso utilizan menos el SUS que los grupos de menor ingreso, lo cual demuestra la importancia del sistema público para la atención de las necesidades de salud de la población más pobre. El grado de uso del SUS por nivel de escolaridad de la población funciona como una variable sustitutiva del nivel de ingreso. Solamente 5% de las personas del país con estudios de nivel superior utilizan exclusivamente el SUS, y 48% no lo utilizan. Los que lo utilizan en forma frecuente o eventual lo hacen complementariamente a los planes privados de salud o a la compra directa de servicios a los proveedores. En los grupos con educación primaria incompleta (supuestamente los más pobres) ocurre lo inverso: 54% utilizan exclusivamente el SUS, 34% lo utilizan junto con modalidades privadas de prestación y 12% no son usuarios del sistema, la mayoría por falta de acceso. Estos son los segmentos de la población sin ninguna cobertura de atención de salud.

LOS INDICADORES DE SALUD

Desde el punto de vista de los indicadores básicos, los resultados del sistema de salud en Brasil han mejorado en los años noventa, pero siguen siendo peores que el promedio de los países latinoamericanos. Según datos de 1997, de los 27 países de América Latina y el Caribe, solamente ocho presentaban un gasto per cápita en salud mayor que el brasileño⁶.

No obstante, al comparar los datos de esperanza de vida al nacer, solamente tres países (Bolivia, Guatemala y Haití), en el caso de los hombres, y cinco países (Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití y Perú), en el caso de las mujeres, se encontraban peor que Brasil⁷.

⁶ Estos países son Argentina (US\$823), Bahamas (US\$1.230), Barbados (US\$814), Chile (US\$581), Colombia (US\$507), Costa Rica (US\$489), Panamá (US\$449) y Uruguay (US\$849). La estimación del gasto per cápita en salud de Brasil, para el mismo año, fue de US\$428.

⁷ La esperanza de vida en Brasil en 1997 era de 63,7 años para los hombres y 71,7 años para las mujeres.

En otras palabras, no hay una correspondencia entre el monto de recursos que se gasta y el bajo resultado registrado en los indicadores básicos de salud en Brasil, cuando se lo compara con la realidad de otros países latinoamericanos. Aunque parte de la explicación está asociada a la alta concentración del ingreso del país y a los bajos niveles de educación y saneamiento básico, todavía existe la posibilidad de aumentar la eficiencia de los programas de salud y lograr mejores indicadores con los actuales niveles de gasto.

Para comprobar esta hipótesis basta observar que los indicadores de salud en Brasil mejoraron entre fines de los años ochenta y comienzos de los noventa, sin que haya habido aumentos sustanciales en la magnitud del gasto público. Los gastos federales en salud entre 1997 y 1999 son inferiores a los gastos en salud entre 1987 y 1989. Aun así, entre 1989 y 1998, la tasa de mortalidad infantil se redujo en 31% (de 52 a 36 por 1.000 nacidos vivos), la desnutrición bajó en 30% y la tasa de mortalidad materna disminuyó de 217 a 59 por 100.000 nacidos vivos entre 1984 y 1997.

Si bien estos datos prueban una mayor eficiencia del gasto público en salud en los años noventa comparados con los de los ochenta, aún persisten indicadores preocupantes para todos los que siguen el progreso de la situación sanitaria. Por ejemplo, en 1996, en muchos municipios del nordeste, se observan tasas de mortalidad infantil mayores que 100 por 1.000 y un promedio de 26% de los niños menores de 5 años con alguna forma de desnutrición. Por otro lado, las tasas de mortalidad materna en Brasil siguen siendo mayores que el promedio de América Latina.

La mejora en los indicadores de salud en años recientes puede ser atribuida tanto a la evolución de las políticas sociales como a mejoras específicas en la situación sanitaria. En este particular, se destaca el aumento de la cobertura de atención del embarazo y el parto, vacunación y atención médica a los niños. Las estrategias de promoción de salud y prevención de riesgos de enfermedad impulsadas a través de los programas de agentes comunitarios de salud (PACS) y salud de la familia (PSF) han contribuido y seguirán contribuyendo a intensificar los logros positivos en el estado de salud de los brasileños.

LA DESCENTRALIZACION DEL FINANCIAMIENTO

Durante las últimas dos décadas, el sistema público de salud pasó por un proceso progresivo de descentralización del financiamiento y gestión del gasto. Entre 1985 y 1996, desde el punto de vista del origen de los recursos⁸, la participación del gobierno federal en el financiamiento de la salud se redujo del 73% al 54%, mientras que la de los municipios

⁸ Se define como gasto desde la óptica del origen, aquel contabilizado en el nivel de gobierno que lo originó. En este caso, las transferencias de recursos no se contabilizan en el lugar de destino. Este concepto se explica de forma más detallada en el capítulo 2 de este estudio.

aumentó del 9% al 28%. Los estados mantuvieron su participación estable en el 18%. En este sentido, se produjo una descentralización del financiamiento hacia los municipios.

Tanto en los ochenta como en los noventa, buena parte de los recursos federales fue transferida a los niveles descentralizados de gobierno, de forma negociada. Durante los años ochenta, la mayor parte de las transferencias estuvo dirigida a los estados, mientras que en los noventa los municipios pasaron progresivamente a recibir la mayor parte de las transferencias. Cuando se considera la responsabilidad por la gestión del gasto, se observa que el gobierno federal redujo su participación en la gestión del gasto público del 67% al 46%, mientras que los municipios elevaron su participación del 10% al 35%, entre 1985 y 1996. Los estados fueron los que perdieron en este proceso, ya que su participación se redujo del 23% al 19% en el mismo período, respectivamente. Se puede afirmar, por lo tanto, que los niveles descentralizados de gobierno (los estados y municipios) administran hoy la mayor parte del gasto en salud.

La tendencia que se establece a partir de 2001, con la promulgación de la Norma Operativa de la Atención a la Salud (NOAS 01/2001) por el Ministerio de Salud (MS), es fortalecer el papel de los estados en la regulación, la coordinación y el financiamiento de inversiones en redes de salud en microrregiones. En este sentido, la municipalización del financiamiento se podría atenuar en los próximos años al ser revisada en una perspectiva de construcción de redes regionales de salud, coordinadas de forma compartida con los estados y ya no aisladamente por los municipios.

LA IMPORTANCIA DEL GASTO EN SALUD EN LOS INGRESOS PUBLICOS

Los gastos públicos federales en salud disminuyeron en la primera mitad de los años noventa, como resultado de la crisis económica y sus efectos en el presupuesto público, llegando a menos de 10% del total de los ingresos públicos federales en 1994. Desde 1995 están aumentando lentamente. Así es que en 1999 representaron casi el 14% de los ingresos del gobierno federal.

Los gastos de los estados en salud corresponden a la totalidad de los gastos estatales de salud después de deducir las transferencias negociadas específicas para el sector remitidas por otros niveles de gobierno. Dichos gastos presentaron una tendencia inversa a las transferencias negociadas federales. Así, a comienzos de los años ochenta, los gastos de los estados en salud representaban casi el 8% de los ingresos fiscales estatales. Entre 1987 y 1990, el aumento de las transferencias federales llevó a la reducción de los gastos de los estados en salud a un promedio situado entre el 3% y el 6% de los ingresos de los gobiernos estatales. En los años noventa, cuando el gobierno federal pasó a privilegiar las transferencias negociadas a los municipios, los estados volvieron a aumentar sus gastos en salud, los cuales llegaron al 8,5% de los ingresos estatales en 1998.

Con relación a los municipios, cabe destacar que los gastos propios aumentaron en forma constante, pasando del 7% al 16% de los ingresos propios de los gobiernos municipales entre 1980 y 1998.

Como los movimientos del gasto en salud de cada nivel de gobierno presentaron tendencias divergentes entre sí, la suma de todos los gastos públicos en salud (federal, estadual y municipal) ha mantenido una participación relativamente constante entre el 11% y el 12% del ingreso público total durante los años noventa.

En el conjunto de los gastos sociales federales, los gastos en salud redujeron su participación del 16% al 13% entre 1993 y 1998.

FUENTES Y USO DEL FINANCIAMIENTO DEL GASTO FEDERAL EN SALUD

En 1988 la Constitución federal y la legislación complementaria establecieron que por lo menos el 30% del presupuesto de la seguridad social (conjunto de fuentes de financiamiento de salud integradas básicamente por la nómina salarial, la facturación y la ganancia bruta de las empresas) debería ser destinado a la salud. Dicha regla nunca fue cumplida. Por lo tanto, los gastos en salud, durante los años noventa, fueron marcados por la inestabilidad y la desfinanciación.

A partir de la segunda mitad de los años noventa, el aumento de los gastos federales en salud fue financiado mediante la creación de nuevos impuestos, como la contribución provisoria sobre movimientos financieros (CPMF).

El gasto público en salud ha sido inestable, generando la desfinanciación de los programas de salud, especialmente en los estados y municipios. Para solucionar este problema, se aprobó en 2000 una enmienda de la Constitución Federal que vincula parte del presupuesto público al gasto en salud. Sobre la base de esta medida se espera un crecimiento suave del nivel de gasto y una mayor estabilidad de los ingresos públicos para el sector.

El flujo de financiamiento de la salud en Brasil presenta problemas derivados de su orientación a remunerar los servicios según la oferta y de la ausencia de una jerarquía clara entre las instancias que deciden el destino de los recursos. Por ejemplo, el Fondo Nacional de Salud (FNS), la principal fuente federal de financiamiento para la salud, transfiere recursos directamente a los estados y municipios, pero también paga directamente los servicios prestados por hospitales y unidades ambulatorias públicas y privadas, realizando tareas que exigen un gran esfuerzo de evaluación y supervisión para garantizar buenos resultados del sistema. Aunque la legislación del SUS establece criterios de elegibilidad para la autonomía de los estados y municipios en el manejo de los fondos, buena parte de los municipios no logra cumplir el mínimo necesario.

Para resolver estos problemas, el Ministerio de Salud viene en los últimos años sustituyendo los mecanismos de pago de servicios basados en la oferta (como el reembolso de la prestación de servicios, conocido en Brasil como sistema de pago prospectivo) con transferencias en bloques, como es el caso del Piso de Atención Básica (PAB), que transfiere recursos a los estados y municipios sobre la base de valores per cápita y evalúa el desempeño de los gestores de servicios mediante indicadores de impacto y cobertura.

Sobre la base de estos nuevos instrumentos, el uso de los recursos públicos destinados a la salud podrá ser evaluado a partir de dos criterios básicos: a) las categorías económicas de gasto, y b) los gastos según el tipo de actividad.

Desde la óptica de las categorías económicas, los principales gastos del gobierno federal han sido los gastos corrientes (cuyo mayor componente es el personal) y las transferencias. Entre 1993 y 1998 se observó un aumento de las transferencias como contrapartida de la reducción de los gastos corrientes, lo cual indica que cada vez más la gestión de la prestación de los servicios de salud ha sido entregada a las esferas locales de gobierno: estados y municipios.

Desde el punto de vista de los gastos según el tipo de actividad económica, se observa que los gastos en asistencia médica y sanitaria y en administración son las dos grandes categorías de gasto, representando 72% y 22% del gasto público total de salud en 1996. En los gastos de asistencia médica y sanitaria hay una tendencia a la reducción de los gastos hospitalarios y al aumento de los gastos en atención básica y salud pública.

HETEROGENEIDAD DEL GASTO REGIONAL EN SALUD

El nivel y la composición de los gastos públicos totales en salud a nivel regional y local son demasiado heterogéneos. En 1996 el menor gasto per cápita se registró en el estado de Tocantins (US\$67) y el mayor en el Distrito Federal (US\$440). Buena parte de esta heterogeneidad se relaciona con el hecho de que dichos gastos no se distribuyen según las necesidades de salud, sino de acuerdo con las características de la oferta de servicios, los recursos propios disponibles, el poder de presión para lograr transferencias negociadas y otros factores.

Por eso, la magnitud de los gastos per cápita en salud presenta un bajo grado de correlación con el producto interno bruto (PIB) per cápita de cada estado. Por ejemplo, el estado de Roraima cuenta con un PIB per cápita casi tres veces menor que el de São Paulo y presenta un gasto en salud per cápita mayor, en gran medida financiado con las transferencias federales de recursos. Si se considera la correlación entre las transferencias federales y el PIB, en ambos casos per cápita, es prácticamente imposible identificar un esquema que oriente la distribución de los recursos del nivel federal de gobierno. En cambio, los

gastos de las esferas locales (estados y municipios) tienen mucha más correlación con la magnitud del PIB per cápita. Esto lleva a concluir que, hasta la primera mitad de los años noventa, el gobierno federal no orientó la distribución de las transferencias a los estados basándose en criterios de equidad o de necesidad de recursos.

Con relación a los resultados, se puede afirmar que la correlación negativa entre las tasas de mortalidad infantil y el PIB per cápita es mucho más fuerte que la correlación entre el gasto per cápita en salud y la mortalidad infantil. Esto indica que la mortalidad infantil no depende sólo del gasto en salud, sino fundamentalmente de otras variables económicas y sociales, de las cuales el PIB per cápita puede ser un mejor indicador.

Existe una fuerte correlación entre el gasto per cápita en salud y el funcionamiento de los sistemas de información en salud, expresada en la proporción de causas de mortalidad indefinidas o mal declaradas. Como la reducción de la mortalidad infantil tiende a estar fuertemente correlacionada con la mejora de los sistemas de información de salud, se puede afirmar que el gasto en salud solo logra resultados positivos cuando se asocia a un buen sistema de vigilancia y cuenta con sistemas de información sanitaria y epidemiológica que permitan, a través de indicadores especiales, identificar tempranamente los grupos con riesgo de mortalidad y destinar políticas y acciones a la reducción de la mortalidad infantil en estos grupos.

La magnitud de los gastos en salud a nivel municipal es muy heterogénea en los municipios pequeños. Dicha heterogeneidad disminuye en la medida en que aumenta el tamaño de municipio. La aprobación de la enmienda constitucional que vincula un mínimo de 15% de los ingresos propios municipales a gastos públicos en salud podrá aumentar los recursos destinados a las poblaciones más pobres, atenuando las disparidades regionales y sociales en cuanto a la disponibilidad de recursos para la salud.

PROGRAMAS QUE CAMBIAN LA NATURALEZA DEL FINANCIAMIENTO PUBLICO DE LA SALUD

En los últimos años, el gobierno federal ha instituido una serie de programas destinados a apoyar acciones básicas de salud, las cuales podrán ir cambiando rápidamente el perfil de salud del país. Estos programas se basan en lo siguiente:

- a) el financiamiento de acciones destinadas a la cobertura de las necesidades de los grupos de menor ingreso, según su perfil de morbilidad y mortalidad;
- b) la transferencia de recursos financieros a los municipios basada en un paquete de servicios esenciales de salud, y no en la remuneración por servicios prestados, lo cual cambia la lógica del financiamiento, trasladándola de la oferta a la demanda;
- c) una estrategia de inclusión social de grupos marginados de los servicios de salud, mediante programas de visitas domiciliarias y salud de la familia;

d) el control y la evaluación de los resultados de los servicios brindados a través de una canasta de productos y acciones que complementan los servicios básicos, como suministro de medicamentos, vacunación, lucha contra enfermedades transmisibles, nutrición y programas de atención maternoinfantil.

Por otro lado, el gobierno federal procura aumentar, a partir de 2001, el número de estados a ser beneficiados por la asignación presupuestal correspondiente a las nuevas responsabilidades en la organización de las redes regionales jerarquizadas de salud, garantizando que en todos la población pueda acceder a procedimientos de mediana y gran complejidad siempre que sus necesidades de salud así lo determinen.

AGENDA PARA EL FUTURO

Sobre la base de la evaluación realizada en los capítulos anteriores, fueron identificadas algunas acciones que podrían ser adoptadas para asegurar una política de salud más eficiente y orientada a las necesidades de la población y a la naturaleza de la organización de la oferta del sector salud en el país. Entre ellas cabe mencionar las siguientes:

a) Acciones que promuevan una mayor integración en el uso de fondos y de recursos institucionales de los sistemas públicos y privados, contribuyendo a que el pluralismo fragmentado del pasado reciente camine más rápido en dirección a un pluralismo estructurado. En este particular es importante romper las barreras que impiden que el SUS y el sistema suplementario de salud funcionen de forma integrada.

b) Acciones que lleven a la flexibilización y a la adecuación del modelo de gestión de los servicios a la realidad geográfica, socioeconómica, demográfica, epidemiológica e institucional de cada región, enfocando los objetivos finales de la configuración del sistema de salud, marcados por la universalidad de acceso y la integralidad de la cobertura. La idea de un único modelo de organización conceptualizado a nivel del gobierno central no permite que muchos estados y municipios adopten experiencias innovadoras de gestión y suministro de los servicios más adecuadas a su realidad local.

c) Acciones que permitan la reducción de la inequidad social y regional del acceso a los servicios, aún caracterizada por las disparidades y la distribución desigual de los recursos financieros para los estados y municipios. En este particular es fundamental la búsqueda y el perfeccionamiento de criterios de distribución de recursos a la población que permitan organizar la salud para todos según las necesidades y la capacidad de aportar recursos al sistema.

Página en blanco a propósito

GASTOS Y RESULTADOS DE LAS POLITICAS DE SALUD EN BRASIL

INTRODUCCION

Uno de los principales consensos en las obras sobre economía sanitaria es que el sector presenta grandes fallas de mercado. Dicho consenso se produjo a partir de observaciones de características básicas que marcan la diferencia entre el sector salud y otros sectores de la producción económica, las cuales se describen a continuación:

a) Las decisiones referentes al gasto en salud implican valores básicos como la supervivencia humana y, por lo tanto, no se incluyen en las expectativas racionales de la teoría del consumidor. En la medida en que los individuos siempre dispongan de recursos, estarán dispuestos a pagar por bienes y servicios de salud, especialmente cuando está en juego la preservación de la vida saludable.

b) La asimetría de información entre productores y consumidores de servicios de salud, a su vez, impide que el individuo tenga un juicio claro sobre las características esenciales de los bienes o servicios que le presentan los proveedores, generando una inducción de la demanda por la oferta.

c) La incertidumbre con respecto a las necesidades y el monto que necesita ser asignado al gasto en salud, y el hecho de que muchos individuos, en cualquier sociedad, no disponen de los recursos necesarios para financiar la preservación de la salud hacen que el mercado en este sector tenga que ser parcialmente financiado y regulado por el Estado.

d) La demanda individual de salud cambia cuantitativamente y cualitativamente durante el ciclo de vida de los individuos. En consecuencia, la demanda agregada de salud se define en función de la estructura de la población según la edad. Por este motivo, el sector salud puede estar sometido a fallas intertemporales, especialmente cuando la oferta no acompaña a los cambios en la demanda determinados por las transformaciones en la estructura de la población según la edad.

Dichas características determinan la naturaleza del comportamiento de los agentes, influyendo en la magnitud de los agregados macroeconómicos del sector salud. Las variaciones en los gastos nacionales en salud resultan de una mezcla de variables económicas,

sociales y políticas. Desde la perspectiva económica, se verifica un aumento del gasto en salud en los últimos cincuenta años. Dicho aumento puede asociarse a la elevación de los costos de los factores de producción, como salarios, insumos, uso de tecnología, etc.

Desde la perspectiva social, el aumento de la cobertura y la calidad de los servicios, además de introducir cambios en la estructura de la oferta, puede elevar los gastos en salud sin contribuir a un uso más racional de los recursos.

Desde el punto de vista político, las presiones corporativas de los gremios profesionales de la salud o de los proveedores de servicios pueden introducir aumentos en los gastos como consecuencia de los mayores salarios y precios pagados por los servicios prestados, especialmente cuando dichos proveedores actúan de forma monopolista o como carteles.

Por todas estas consideraciones, los aumentos de los gastos en salud no resultan necesariamente en beneficios netos para los usuarios de los sistemas de salud. Así, puede ser un error considerar el aumento del gasto en salud como un indicador de mejora del bienestar social, sin efectuar un análisis de cómo dicho aumento se relaciona con los indicadores de cobertura (ampliación de los beneficiarios del sistema) y de resultado (reducción de mortalidad y morbilidad).

En los países de América Latina, durante los últimos años, el aumento de los gastos en salud ha sido considerado por muchos actores políticos como uno de los principales indicadores que permiten evaluar la mejora del sistema de salud. La hipótesis de que existe una correlación mecánica entre el aumento de los gastos y la mejora de la salud viene alimentando el esfuerzo de muchos gobiernos en la búsqueda de soluciones institucionales para estabilizar las fuentes de financiamiento y aumentar los recursos disponibles para el sector salud, sin que se busque una relación entre el patrón de gastos y sus resultados en la mejora de los indicadores del estado de salud.

Durante este proceso, debido a las presiones de organismos internacionales, universidades y organizaciones de la sociedad civil empezaron a introducirse mecanismos internos o externos para evaluar la forma en que el incremento del gasto en salud se relaciona con el desempeño de las instituciones. Dada la fragilidad institucional de los sistemas de evaluación y medición, muchos de los indicadores, tanto de gasto como del estado de salud, no reflejan necesariamente el progreso realizado.

En los últimos años, el gobierno brasileño ha dedicado esfuerzos para mejorar progresivamente sus sistemas de información sobre el estado de salud y el desempeño de la red de servicios. Sobre la base de este esfuerzo ha sido posible construir una base de datos que permite evaluar ex post la forma en que la fluctuación de los gastos en salud se refleja en el aumento de la cobertura y la calidad de los servicios. El recuadro 1.1 muestra las distintas fuentes de información que han generado dicha base de datos. Buena parte de dicha información, aunque de forma agregada, está disponible en páginas web y archivos

Recuadro 1.1. Fuentes de información relacionada con los indicadores de salud en Brasil

Indicadores de financiamiento y gasto

- **DPS/IPEA:** La Dirección de Política Social (DPS) del Instituto de Investigación Económica Aplicada (IPEA) provee, a través de la Cuenta Social Consolidada (CSC), la información sobre fuentes de financiamiento, gastos públicos del gobierno central y transferencias de recursos vinculados a la salud para los estados y municipios. Los datos que alimentan la CSC provienen del Departamento del Tesoro de la Nación del Ministerio de Hacienda (DTN/MF) y del Sistema de Información Administrativa y Financiera (SIAFI). Los datos de gastos de los estados y municipios provienen de la División de Estados y Municipios del Ministerio de Hacienda (DIVEM/MF). La producción de los datos se inició en 1980.
- **DECNA/IBGE:** El Departamento de Cuentas Nacionales (DECNA) del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) provee informaciones detalladas sobre las fuentes y el destino de los gastos públicos del gobierno federal y los gobiernos estaduais y municipales (disponible desde los años setenta).
- **SIOPS/MS:** El Sistema de Información Presupuestaria y de Programación de Salud (SIOPS) del Ministerio de Salud (MS) complementa los datos del DECNA/IBGE, por medio de información más detallada sobre financiamiento y gastos en salud de los estados y municipios. La recolección de datos se inició en 1998.
- **ANS/MS:** El Organismo Nacional de Salud Suplementaria (ANS) inició la recolección de los datos sobre gastos en salud de las operadoras de planes privados de salud en 2000.
- **POF/IBGE:** Es una encuesta de presupuestos familiares que sirve como base para la ponderación de los índices de precios. Se prevé su actualización cada cinco años.

Indicadores de mortalidad, morbilidad y producción de servicios de salud

- **AMS/IBGE:** La encuesta sobre asistencia médica y sanitaria (AMS), realizada cada dos años, investiga el universo de los proveedores públicos y privados de salud, informando sobre su producción de servicios, su capacidad instalada y sus recursos humanos (datos disponibles desde los años setenta).
- **SIA/SIH-DATASUS:** El Sistema de Información Ambulatoria (SIA) y Hospitalaria (SIH) del Sistema de Procesamiento de Datos del SUS (DATASUS) es el principal registro administrativo de todos los servicios financiados por el sistema público de salud en Brasil. Tiene series de datos desde los años ochenta e información detallada sobre frecuencia y costos de los procedimientos por patología y región.
- **CENEPI/MS:** El Centro Nacional de Epidemiología (CENEPI) del Organismo Nacional de Vigilancia Sanitaria recolecta toda la información de estados y municipios relacionada con estadísticas de nacimientos y defunciones, según sus características demográficas y epidemiológicas, siendo la principal fuente de datos sobre la carga de morbilidad en Brasil.
- **PNAD/IBGE:** La encuesta nacional de muestra de hogares busca, además de características socioeconómicas y demográficas, información periódica sobre morbilidad y acceso a los servicios de salud en los hogares. En 1999 se recopiló información relacionada con el acceso a los planes privados de salud.

de uso público, lo cual permite generar medios para evaluar el progreso en la situación sanitaria del país, relacionándola con sus condiciones de financiamiento y gasto, sobre la base de series históricas de datos.

Los objetivos de este capítulo son 1) proveer algunos indicadores que permitan conocer la correcta dimensión del gasto en salud en Brasil y su distribución entre los principales agentes responsables por el gasto; 2) evaluar la posición de Brasil en relación con los indicadores de gasto en salud en el contexto latinoamericano; y 3) asociar los indicadores de gasto a los resultados logrados durante los años ochenta y noventa en materia de política de salud.

LOS GASTOS EN SALUD

El sistema brasileño de salud ha sido siempre un modelo pluralista de gestión y prestación de servicios. Actualmente abarca dos subsistemas: el Sistema Único de Salud (SUS) y el Sistema de Seguros Médicos Privados o de Medicina Suplementaria (SMS). El gasto en salud es financiado en su mayor parte por tres agentes institucionales: las familias, el gobierno y las empresas. Se podría incluir un cuarto agente: el “resto del mundo”, que incluye los gobiernos, instituciones multilaterales, empresas y organizaciones sin fines de lucro de otros países que administran recursos internacionales para el financiamiento del desarrollo económico y social. Aunque no se dispone de información suficiente sobre la presencia de recursos internacionales (donaciones y préstamos) para el financiamiento de la salud en Brasil, hay indicios de que la participación de los agentes externos en el financiamiento de los proyectos de inversión en la salud ha sido poco significativa, en términos relativos, en los últimos años¹, destacándose los préstamos de entidades multilaterales como el BID y el Banco Mundial.

El gasto de las familias

Las familias utilizan una parte significativa de su presupuesto en la compra de medicamentos y otros insumos, el financiamiento total o parcial de planes de salud, el pago de con-

¹ Los recursos de préstamos externos y donaciones vinculados al sector salud no alcanzaron el 0,5% del gasto total en salud de 1996. Las informaciones disponibles indican que en 1996 hubo la mayor participación del sector externo en los gastos corrientes en salud del período de 1993 a 1998. Sin embargo, estos datos están ligeramente subestimados, ya que no fueron computados los préstamos y donaciones específicas al sector privado (con y sin fines de lucro) y a los gobiernos estatales y municipales. Vale resaltar que la importancia de los préstamos de los organismos multilaterales (BID y Banco Mundial) es de naturaleza “cualitativa”, ya que dichas instituciones contribuyen a mejorar la selectividad de las inversiones sectoriales, llevando a una mayor racionalidad del comportamiento sectorial a largo plazo.

Cuadro 1.1. Indicadores del gasto en salud de las familias. Brasil, 1987–1996

Indicadores	1987	1996
Gasto en salud: porcentaje del presupuesto familiar	5,3	6,5
Gasto en salud: porcentaje de los gastos corrientes	6,5	8,0
Gasto en salud: porcentaje de los gastos de consumo	7,5	9,1
Gasto en salud como porcentaje del presupuesto de las familias con menos de dos salarios mínimos de ingreso mensual	6,3	9,6
Gasto en salud como porcentaje del presupuesto de las familias con más de 30 salarios mínimos de ingreso mensual	5,1	5,8
Distribución porcentual del gasto por categoría	100	100
Medicamentos	33,8	30,7
Seguro médico	11,9	29,0
Tratamiento y productos odontológicos	20,1	16,7
Consultas médicas y otros profesionales	17,0	8,0
Tratamientos y productos oftalmológicos	5,5	2,7
Hospitalización	3,6	2,4
Exámenes	4,2	1,8
Otros gastos	3,9	8,7
Gasto anual per cápita en salud de las familias: promedio de las áreas investigadas (US\$ de diciembre de 1998)	245	294
Gasto total en salud de las familias: datos estimados para Brasil (miles de millones de US\$ de diciembre de 1998)	—	33,1

Fuente: IBGE/POF. 1987/8 y 1996/7, www.ibge.gov.br.

sultas médicas, odontológicas y de otros especialistas, gastos hospitalarios de emergencia, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamientos complementarios tales como fisioterapia, además de terapias alternativas (homeopatía, acupuntura, etc.).

El cuadro 1.1, basado en los datos de las encuestas sobre presupuestos familiares (POF) realizadas en 1987 y 1996, muestra que:

- a) el gasto en salud aumentó del 5,3% al 6,5% del presupuesto familiar, habiendo subido también su participación en los gastos corrientes y en el consumo de las familias²;
- b) el aumento del gasto en salud fue mayor en las familias de bajos ingresos que en las familias de ingresos más altos, lo que demuestra que la política de subsidio público a la salud de los grupos de menor ingreso fue insuficiente;
- c) el único rubro que aumentó el peso en la composición de los gastos familiares en salud fue el seguro médico, que pasó del 12% al 29% del total del gasto familiar en salud. Esto representa un cambio en la preferencia de los consumidores, con la reducción de los pagos directos por servicios (consultas, exámenes, hospitalizaciones, etc.) y el aumento de los gastos con sistemas de prepago;

² De acuerdo a la POF, el presupuesto de las familias se divide en gastos corrientes, aumento del activo y disminución del pasivo. Los gastos corrientes, a su vez, se dividen en gastos de consumo y otros gastos corrientes.

d) el gasto en medicamentos bajó del 34% al 31% de los gastos en salud de las familias, pero sigue siendo el rubro de mayor peso en la estructura de consumo familiar de servicios de salud; y

e) lo que explica, en parte, el aumento de los gastos en salud de las familias es que los precios de los bienes y servicios de salud aumentaron a un ritmo mayor que el aumento real de los salarios. Asimismo, los gastos reales per cápita en salud de las familias aumentaron el 20% entre 1987 y 1996.

Actualmente, el presupuesto familiar constituye la principal fuente de financiamiento de la salud en Brasil. Las estimaciones actuales permiten demostrar que el gasto nacional familiar de salud alcanzó US\$33.100 millones en 1996.

El gasto del gobierno

El gasto del gobierno es el principal objeto de evaluación de este estudio y por lo tanto será detallado en los capítulos subsecuentes. Corresponde al gasto que se financia y se ejecuta en las tres esferas de administración pública (federal, estadual y municipal). El gasto federal corresponde a las erogaciones de los hospitales especializados del Ministerio de Salud, los hospitales universitarios del Ministerio de Educación, los programas especiales de salud pública (vigilancia sanitaria, inmunización, promoción y prevención), la investigación y enseñanza en salud, el pago de servicios a terceros, y la reglamentación y administración del sector. En los últimos años ha aumentado la importancia de las transferencias de recursos a estados y municipios en la composición de los gastos en salud.

Los gastos estaduais en salud son aquellos realizados en el marco de los programas de salud pública, promoción y prevención propios o compartidos con el gobierno federal, además de incluir gastos de prestación de servicios en sus unidades, pago de servicios proporcionados por terceros (como establecimientos privados) y eventuales transferencias de fondos a los municipios.

Los gastos municipales en salud se realizan en las unidades propias o contratadas por el poder público municipal. El gobierno brasileño ha impulsado, desde los años ochenta, un fuerte proceso de descentralización, traspasando a los municipios la principal responsabilidad por la atención de la salud y proveyendo recursos para que dichas esferas puedan funcionar con autonomía en la gestión de sus servicios de salud.

Desde los años ochenta ha aumentado el gasto público en salud, con miras a alcanzar una cobertura universal y de calidad para todos los ciudadanos. Los datos disponibles permiten evaluar la evolución del aumento del gasto público en salud en las tres esferas de gobierno, según el origen de los recursos, en los últimos veinte años³.

³ Véase el cuadro A 1 del apéndice estadístico.

Durante los años ochenta hubo un moderado aumento de los gastos en salud, liderado por el comportamiento del gasto federal (figura 1.1). Los gastos totales en salud alcanzaron sus niveles más altos en la segunda mitad de los años ochenta, cuando llegaron a US\$23.900 millones en 1989. A comienzos de los años noventa, los gastos públicos en salud sufrieron una fuerte contracción como resultado de los programas de estabilización económica. Solamente a comienzos de la segunda mitad de los años noventa, el gasto público en salud recuperó su senda de crecimiento, volviendo a aproximarse a los niveles de la segunda mitad de los años ochenta cuando llegó a US\$23.100 millones en 1996.

El aumento reciente de los gastos en salud fue acompañado por la búsqueda de nuevas fuentes de financiamiento. Como resultado de las reformas en el financiamiento de la seguridad social, la principal fuente de financiamiento en los años ochenta (la contribución sobre la nómina salarial) fue sustituida por impuestos y contribuciones sociales incidentes sobre las ventas, los ingresos de las empresas y las operaciones financieras, garantizando una base de financiamiento más diversificada y buscando mayor estabilidad de los recursos, a fin de evitar futuras oscilaciones en el patrón de gastos como las que ocurrieron en la primera mitad de los años noventa.

Durante la última década hubo una progresiva sustitución de fuentes federales por recursos propios de los estados y municipios en el financiamiento del sector de salud en Brasil.

De hecho, la participación de los estados y municipios en el financiamiento del gasto en salud aumentó del 26% al 47% entre 1980 y 1996, lo cual indica que el proceso de descentralización del sector no se limitó a la transferencia de responsabilidades, sino

Figura 1.1. Gasto público en salud. Brasil, 1980–1996 (en miles de millones de US\$)

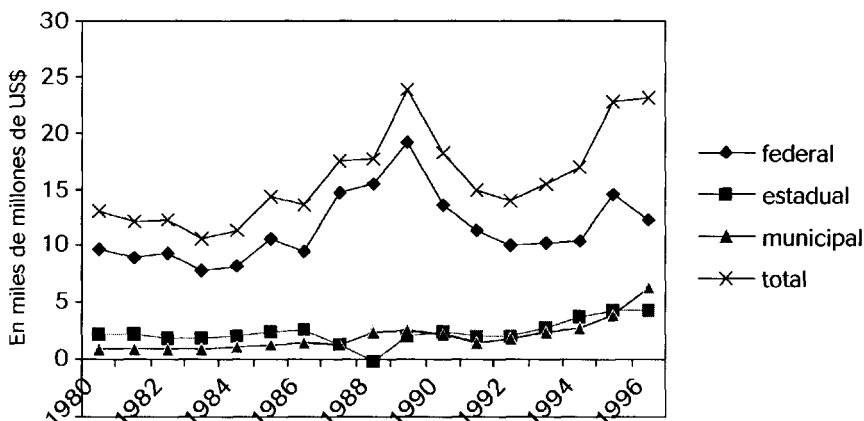
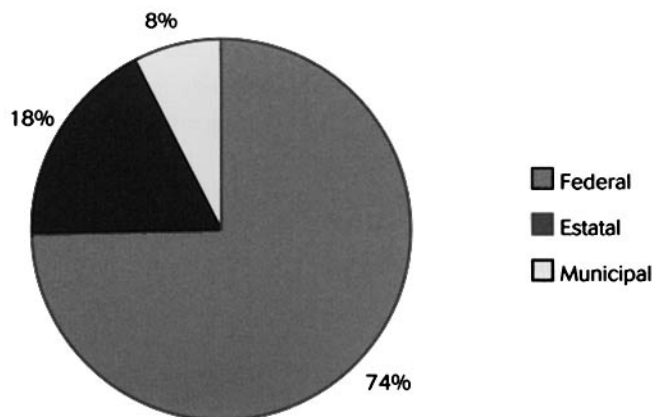


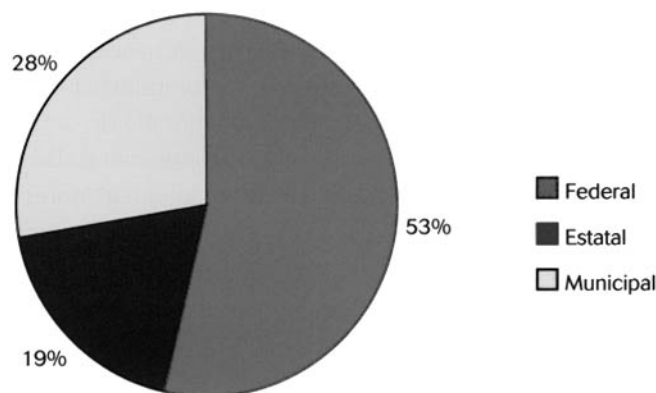
Figura 1.2. Distribución del gasto público en salud. Brasil, 1980

que incluyó también la sustitución de fuentes de recursos⁴. Como puede observarse en las figuras 1.2 y 1.3, el crecimiento de la participación de los municipios en el financiamiento del gasto público fue más intenso que el de los estados. En 1980, los municipios respondían solamente por el 8% del gasto público en salud, mientras que los estados participaban con el 18%. En 1996, la participación de los municipios aumentó al 28% y la de los estados pasó al 19%. En este sentido, los municipios cuadruplicaron su participación en los gastos públicos en salud, mientras que la participación de los estados prácticamente no cambió en las últimas dos décadas. Lo que ocurrió, por lo tanto, fue una sustitución de fuentes de financiamiento federales por municipales, que se financian a través de impuestos sobre la propiedad urbana y sobre servicios, además de recibir del gobierno federal recursos del Fondo de Participación de los Municipios (FPM).

A fines del 2000 se aprobó una enmienda constitucional que destina un porcentaje fijo del presupuesto público a la salud, en todos los niveles de gobierno. Tal medida podrá aumentar la estabilidad y garantizar un mayor crecimiento de la participación de las esferas descentralizadas del gobierno en el financiamiento de la salud. En el capítulo 9 se presenta un análisis detallado del impacto de dicha enmienda.

⁴En 1988 el volumen de transferencias federales a los estados alcanzó su mayor nivel, lo que llevó a muchos estados a reorientar los recursos destinados a la salud para otros fines, como se observa en el cuadro A 1 del apéndice estadístico.

Figura 1.3. Distribución del gasto público en salud. Brasil, 1996



El gasto de las empresas

Los gastos de las empresas son aquellos realizados o administrados por empleadores en beneficio de los empleados y sus familiares. Son financiados por las propias empresas y por las familias, mediante descuentos en la nómina salarial.

Los gastos de las empresas son gestionados por las instituciones de seguro médico privado, que constituyen el llamado “sector de salud suplementaria”⁵. Dichos gastos abarcan los recursos desembolsados por los planes de salud autoadministrados por las empresas o gestionados por las cooperativas médicas, las empresas de seguro médico y las administradoras de planes de salud (conocidas en Brasil como empresas de medicina de grupo).

También se incluyen en los gastos administrados por las empresas los gastos directos de las familias, las cuales pagan, en forma de prepago, primas de seguros a las administradoras de salud, en forma independiente, como personas físicas.

⁵ La denominación “salud o medicina suplementaria” se estableció con la creación del SUS por la Constitución brasileña de 1988. Se considera como tal todo el sector privado organizador de servicios de salud que no se financia directamente a través de fondos del SUS. Como el SUS es universal, este sistema apenas complementaría (si hubiera necesidad) las necesidades no cubiertas por el SUS. El cuadro A 2 del apéndice estadístico muestra la evolución del gasto en salud del sector de medicina suplementaria.

Dadas sus características y la importancia creciente de este sector, la denominación “medicina suplementaria” no es la más adecuada. Este sector se denomina “seguros médicos privados”. Dichos seguros han tenido en Brasil un fuerte incremento durante los últimos años. Entre 1987 y 1996, el mercado de seguro médico casi duplicó la población cubierta y aumentó su base de financiamiento más de ocho veces. La parte que, en el interior de este mercado, presenta mayor cobertura está compuesta por las “empresas de medicina de grupo”, las cuales funcionan bajo el mismo modelo de organización que las “organizaciones para el mantenimiento de la salud” norteamericanas. Dichas empresas, a pesar de ello, han reducido progresivamente su participación en el ingreso bruto del sector, ya que otros segmentos del mercado han crecido en mayor proporción. Así, las empresas de medicina de grupo, que cubrían más del 58% de los afiliados y facturaban 56% de los ingresos del mercado de seguro médico privado en 1987, disminuyeron su participación al 41% de la cobertura y al 25% del ingreso bruto en 1996, como resultado de la fuerte competencia con otros segmentos de mercado, particularmente las cooperativas médicas (para los grupos de mediano ingreso) y los seguros médicos (para los grupos de mayor ingreso).

En otras palabras, los segmentos que más crecieron, tanto en cobertura como en facturación, fueron las cooperativas médicas, congregadas en la Unión de Cooperativas de Médicos de Brasil (UNIMED), y las empresas de seguro médico. Las cooperativas médicas crecieron en función de su capacidad para organizarse en bases municipales, funcionando como una línea paralela de empleo y ocupación para los médicos que trabajan en los sistemas públicos de salud. Dichas cooperativas pueden funcionar con costos relativamente bajos, aumentando el potencial de remuneración de los médicos asociados.

Las empresas de seguro médico aumentaron su mercado en los grupos de clase media y alta. Dicho mercado integra un conjunto de bancos, empresas aseguradoras y las propias empresas de medicina de grupo, las cuales transformaron parte de sus negocios en empresas aseguradoras, con personería jurídica independiente, aunque vinculadas a una única “holding”. Fue lo que pasó, por ejemplo, con empresas aseguradoras como la “Golden Cross” y la Asociación de Medicina Integral (AMIL).

El mayor crecimiento en la facturación del sector ocurrió en el segmento de planes de autogestión y administración de salud de las empresas. Este segmento del mercado aumentó su facturación de US\$400 millones en 1987 a US\$4.600 millones en 1996. Este fuerte crecimiento, sobre todo en los últimos dos años, está asociado a una subestimación de los datos relacionados a los años anteriores, en los cuales no se computaron adecuadamente los gastos de salud en muchas de las grandes empresas públicas.

El sector privado de salud en Brasil creció bajo una regulación incipiente y sin incentivos adecuados para un comportamiento eficiente de las administradoras de planes y

aseguradoras de salud. En 1999 el gobierno aprobó una nueva ley para disciplinar el mercado de planes de salud, y en 2000 se estableció el Organismo Nacional de Salud Suplementaria (ANS), entidad autárquica autónoma vinculada al Ministerio de Salud que tiene por finalidad regular adecuadamente este mercado, corrigiendo sus principales fallas.

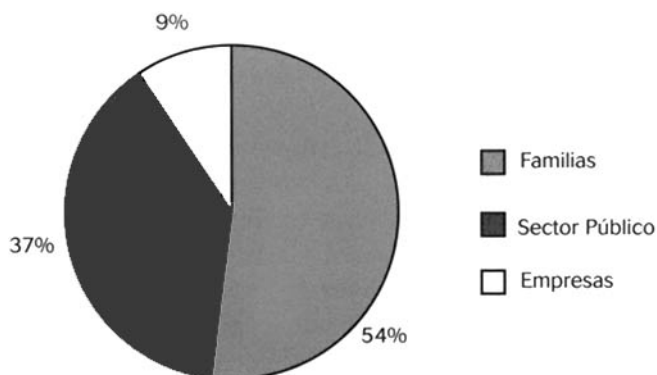
LA INTEGRACION DE LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Integrar los fondos de salud provenientes del gobierno, empresas y familias no es tarea fácil cuando no existe un esfuerzo sistemático de producción de estadísticas de salud. Sin una producción regular del flujo de recursos, los gastos en salud se conocerán solamente en aquellos años en que sea posible estimar todas las fuentes de recursos. En el caso de Brasil, esto solamente es posible para los años en que se realizan las encuestas sobre el presupuesto familiar. El último año en que se realizó dicha encuesta en Brasil fue 1996. En el ejercicio preliminar de integración de los gastos en salud en Brasil se estimó un monto global de US\$61.400 millones, que equivale a 7,6% del producto interno bruto (PIB) del mismo año (cuadro 1.2). De este total de recursos, 54% son financiados directamente por los presupuestos familiares, a través de planes de salud o de pagos directos del bolsillo del usuario, 37% son financiados por medio de impuestos dirigidos al sector público (federal, estadual y municipal) y 9% por los presupuestos de las empresas mediante el pago de planes de salud para sus empleados (figura 1.4).

Cuadro 1.2. Financiamiento del sector salud, responsabilidad por el gasto. Brasil, 1996

Distribución del gasto en salud	Millones de US\$
Sector público	22.867,4
• Gobierno central	12.162,5
• Estados	4.285,5
• Municipios	6.419,4
Sector Privado (seguro médico)	14.800,0
• Familias	9.594,4
• Empresas	5.205,6
Gastos directos de las familias	23.466,9
Recursos internacionales	265,0
TOTAL	61.399,3

Nota: Los gastos en salud presentados arriba pueden estar subestimados, ya que no incluyen los gastos realizados por entidades filantrópicas (instituciones religiosas, organizaciones no gubernamentales, etc.) con recursos de donaciones nacionales e internacionales. Estos datos recién empezaron a ser obtenidos a partir de estudios financiados por el Banco Nacional de Desarrollo Económico y Social (BNDES), pero hasta el momento no están disponibles.

Figura 1.4. Financiamiento del sector salud, origen de los recursos. Brasil, 1996

EL GASTO EN SALUD EN BRASIL EN EL CONTEXTO LATINOAMERICANO

Las estimaciones internacionales relacionadas con el gasto en salud presentan discrepancias numéricas, derivadas de diferencias en la metodología de cálculo, la calidad de los datos y los medios para acceder a la información. Buena parte de dichas discrepancias se refleja en las magnitudes de los gastos públicos y privados de salud. Las últimas estimaciones disponibles fueron calculadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial⁶. Las estimaciones del gasto en salud de Brasil de 1997 pueden variar del 6,5% (OMS, 2000) al 7,3% del PIB (Banco Mundial, 2000).

De los 27 países latinoamericanos listados en el cuadro A 3 del apéndice estadístico, nueve presentan gastos en salud como porcentaje del PIB mayores que los de Brasil. Algunos, como Colombia, Costa Rica y Nicaragua, tienen un ingreso per cápita inferior al de Brasil.

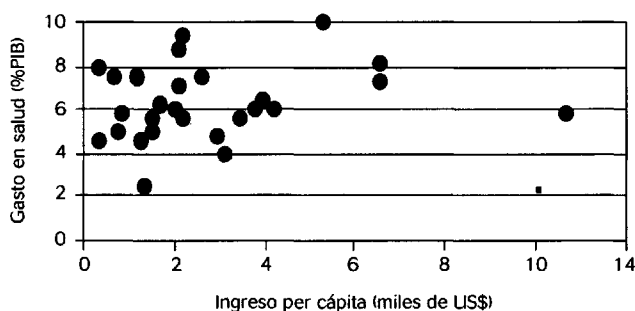
La figura 1.5 muestra que no existe actualmente ninguna aparente relación entre el ingreso per cápita y la magnitud del gasto en salud como porcentaje del PIB, como se presumía que existía en los países latinoamericanos durante la década de los setenta.

La magnitud de los gastos en salud de cada país depende de factores culturales, sociales y políticos y no presenta necesariamente ninguna relación predeterminada con la magnitud del PIB⁷. En el caso de América Latina y el Caribe, cabe destacar dos fenómenos

⁶ Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, Ginebra, 2000. En el caso del Banco Mundial, los datos para el año 2000 fueron proporcionados por el Instituto del Banco Mundial (IBM).

⁷ Sin embargo, se podría suponer que existe una función de producción agregada de salud que aporta los recursos necesarios para generar una salud mejor con el uso eficiente de los recursos. Si todos los países actúan sobre la base del mismo esquema de eficiencia, se puede decir que gastar más en salud (hasta un determinado límite) llevaría a una salud mejor.

Figura 1.5. Relación entre el gasto en salud e ingreso per cápita. América Latina y el Caribe, 1997



que impulsaron el aumento del gasto en salud, especialmente en los países con menor ingreso per cápita: a) los cambios sociales (urbanización, aumento de los niveles de educación y de las presiones sociales por políticas de salud) y demográficos (aumento de la participación de la tercera edad en la pirámide demográfica) de los últimos veinte años, los cuales contribuyeron a que las acciones de salud pasasen a ser prioritarias en el espectro de la política social de los gobiernos; y b) el crecimiento del ingreso de la clase media, que llevó a un aumento de la posibilidad de expansión de los mercados privados de salud y amplió la propensión de las familias al consumo de servicios privados de salud.

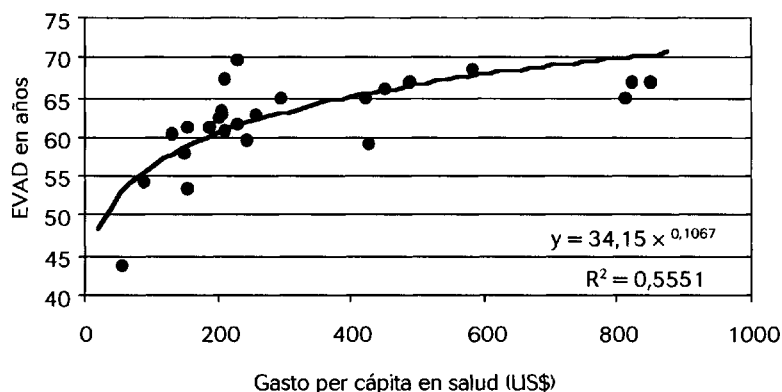
Pero ¿cuál es la relación entre el gasto en salud y los indicadores de resultados de los sistemas de salud? Para inferir algunas hipótesis al respecto se utilizaron los siguientes indicadores: la esperanza de vida al nacer y los años de vida perdidos por discapacidad, los cuales son la base del cálculo de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (EVAD)⁸.

La EVAD se utiliza como uno de los indicadores que, supuestamente, mejor sintetizan el nivel de salud de una población, en la medida en que expresa el efecto acumulado de la carga de mortalidad y morbilidad en la historia de vida de la generación actual de cada país o región⁹. Este indicador fue correlacionado con los gastos per cápita en salud para un conjunto de países latinoamericanos y caribeños en la figura 1.6. La curva de tendencia, ajustada por la función presentada en la figura, puede ser interpretada como el comportamiento de la EVAD prevista para cada nivel de gasto per cápita en salud. Los

⁸ El cuadro A 4 del apéndice estadístico muestra estos indicadores para el conjunto de los países de América Latina y el Caribe.

⁹ El gran problema de la EVAD como indicador se encuentra en la falta de homogeneidad de la calidad de las estadísticas de mortalidad y morbilidad de cada país, lo cual impide una medida comparable de la carga de morbilidad a nivel internacional.

Figura 1.6. Correlación entre el gasto per cápita en salud y la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (EVAD)



puntos distantes arriba de la curva (Chile y Dominica, entre otros) son países que simultáneamente presentan mayor EVAD y menores niveles de gasto en salud, lo cual indica que sus sistemas de salud aparentan ser más eficientes. Los puntos distantes debajo de la curva (Haití, Bolivia, Brasil, Argentina, Uruguay y Barbados) son los que supuestamente presentan una EVAD menor con relación al nivel de gasto en salud.

Brasil, por ejemplo, que gasta más de US\$400 internacionales¹⁰ en salud, debería presentar una EVAD equivalente a 65 años y no a 59 años. En otras palabras, lo que se gasta en salud permitiría a los brasileños vivir seis años adicionales con buena salud.

INDICADORES DEL DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD EN BRASIL

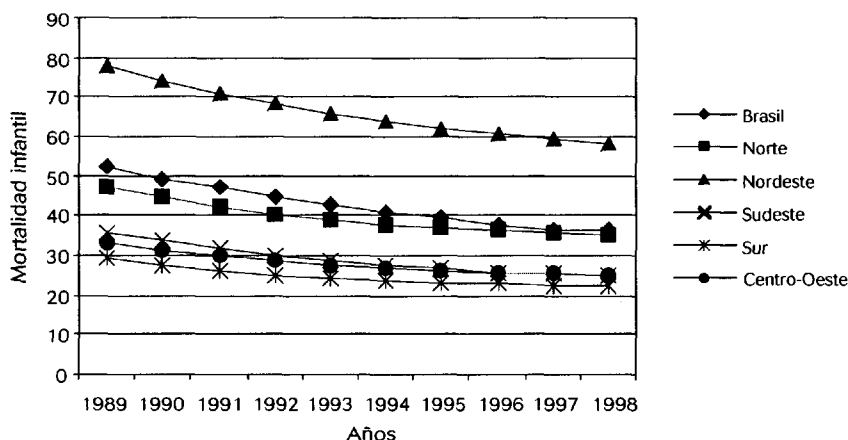
La salud del niño y de la mujer

La situación sanitaria en Brasil ha mejorado continuamente desde comienzos del siglo XX. Entre 1989 y 1998, las tasas de mortalidad infantil bajaron de 52 a 37 por 1.000 nacidos vivos, pero aun así son mucho más elevadas que las de otros países de la región, como Argentina (18 por 1.000), Chile (12 por 1.000), Uruguay (18 por 1.000), México (28 por 1.000) y Paraguay (36 por 1.000).

Las altas tasas de mortalidad infantil en Brasil son el reflejo de la situación social de las regiones más pobres del país. La figura 1.7 presenta la evolución de las tasas de

¹⁰ El término dólares internacionales se refiere a valores convertidos a un mismo denominador común según el criterio de paridad del poder adquisitivo.

Figura 1.7. Tasas de mortalidad infantil en Brasil, total y por regiones 1989–1998 (por 1.000 nacidos vivos)



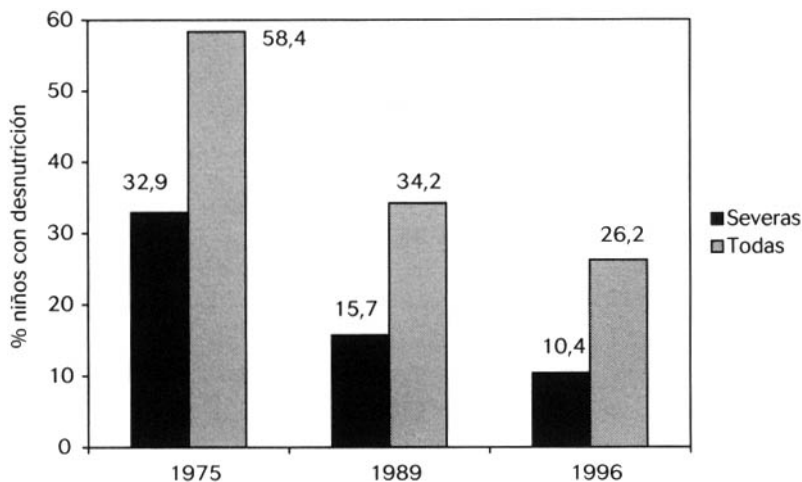
mortalidad infantil por 1.000 habitantes a nivel nacional y regional. En todas las regiones se produjo una disminución de las tasas de mortalidad infantil, pero las diferencias regionales siguen muy elevadas. En 1998 el nordeste presentó las tasas más elevadas (57,9 por 1.000), mientras que en la región sur del país dichas tasas alcanzaron niveles próximos a los de Argentina (22,4 por 1.000).

Los diferenciales de mortalidad son también elevados entre los municipios en el interior de cada estado. En los estados de Alagoas, Maranhão, Paraíba y Rio Grande do Norte, las tasas de mortalidad infantil en algunos municipios pueden alcanzar niveles encontrados solamente en países africanos, superiores a 100 por 1.000. Por otro lado, en el estado de Rio Grande do Sul se encuentran en algunos municipios tasas de 15 por 1.000, las cuales son equivalentes al promedio de países como Chile y Costa Rica¹¹.

Las diferencias de mortalidad infantil entre estados y entre municipios muestran no solamente la disparidad de la situación social entre regiones de Brasil, sino también las fallas del SUS en la obtención a corto plazo de una mayor equidad en los indicadores básicos de salud. Una acción más focalizada para reducir la mortalidad infantil en las regiones que presentan peores indicadores con poblaciones sin recursos podría ser más eficaz en función del costo que las tentativas de financiar un gran número de acciones de salud, incluidas las de menor efectividad, para poblaciones que tienen capacidad de pago y que siguen utilizando el sistema de salud público para acceder a procedimientos de alto costo.

¹¹ El cuadro A 5 del apéndice estadístico presenta los límites (superior y inferior) de variación de la mortalidad infantil en los municipios de todos los estados brasileños.

Figura 1.8. Niños con desnutrición (medida por retraso del crecimiento) como porcentaje de los niños menores de 5 años. Brasil, 1975, 1989, 1996



El grado de desnutrición entre niños menores de 5 años también se redujo entre los años setenta y los noventa, como muestra la figura 1.8.

La desnutrición total entre los menores de 5 años bajó del 58,4% al 26,2%, y las formas severas de desnutrición, que alcanzaban el 33% del total de niños en 1975, solamente afectaban al 10% en 1996. Pero aunque se haya reducido, la desnutrición sigue siendo elevada en las regiones más pobres, como el norte y el nordeste del país, donde la disminución se produjo con menos intensidad que la que se verificó en el sur y el sudeste. La mejora de los indicadores de mortalidad infantil y desnutrición en los años ochenta y noventa tiene como causa, por un lado, el crecimiento de la población cubierta por los servicios de salud, y por otro lado, el desempeño de otros indicadores sociales que llevaron a la mejora de las condiciones de vida de la población.

En lo que respecta a los indicadores de acceso a los servicios de salud, entre 1986 y 1996 aumentó de 76% a 88% la proporción de mujeres embarazadas con asistencia en el parto y de 82% a 93% el número de partos asistidos por profesionales. De la misma forma, aumentó de 55% a 81% el número de niños vacunados contra las principales enfermedades transmisibles. Los indicadores de una mejora de las condiciones de vida y de una reducción de la pobreza, a su vez, muestran tímidos progresos durante estos 10 años¹².

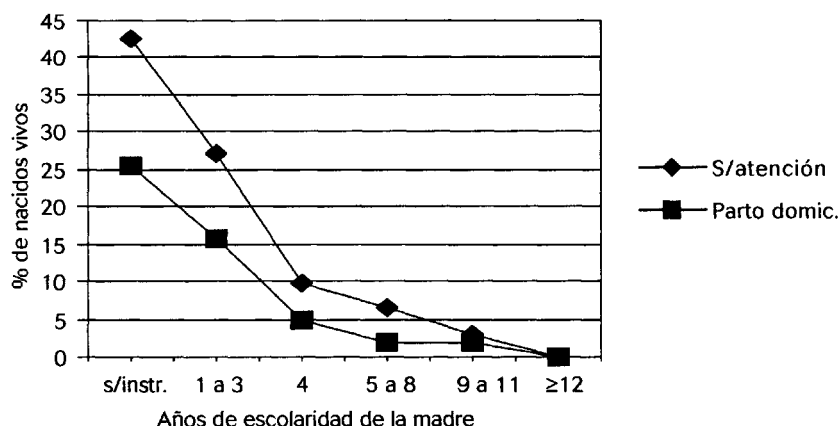
¹² Véase el cuadro A 6 del apéndice estadístico.

En lo que se refiere a los indicadores de salud de la mujer, se destacan tres temas: a) la disminución de las tasas de mortalidad materna; b) el aumento del acceso a la planificación familiar, y c) la disminución de la fecundidad. Aunque estos tres temas estén relacionados, cada uno presenta sus particularidades.

Entre 1984 y 1997, las tasas de mortalidad materna bajaron de 217 a 59 por 100.000 nacidos vivos. Aun así, dichas tasas son muy elevadas cuando se las compara con los parámetros internacionales. La disminución de las tasas de fecundidad fue uno de los principales factores responsables de la mejora de los indicadores de mortalidad materna. La fecundidad disminuyó de 3,5 a 2,3 hijos por mujer entre 1986 y 1996, y a su vez está asociada a la mejora de las políticas de salud reproductiva, que ha facilitado el acceso a los medios de planificación familiar. Entre 1986 y 1996 la proporción de las mujeres en edad fértil no embarazadas que no usaban anticonceptivos bajó del 25% al 16%. La esterilización y la píldora anticonceptiva siguen siendo los métodos más usados, correspondiendo al 60% de los casos.

La disminución de la mortalidad materna también se asocia al aumento de los servicios en la atención de la mujer embarazada y el parto y al acceso a la información sobre planificación familiar. Aunque la cobertura de dichos servicios ha aumentado, subsiste una gran inequidad en el acceso a los mismos, como muestra la figura 1.9, que utiliza los datos de escolaridad de la madre como sustitutos de la situación socioeconómica. Queda claro que, para los niveles más bajos de escolaridad, las madres sin atención durante el embarazo en 1996 fueron más del 40% y el número de mujeres con parto domiciliario fue superior al 25%.

Figura 1.9. Porcentaje de nacidos vivos sin atención de la mujer embarazada y con parto domiciliario, por nivel de escolaridad de la madre. Brasil, 1996



Enfermedades transmisibles

En los últimos cincuenta años, Brasil, como otros países de América Latina, pasó por un proceso de transición epidemiológica donde el peso de las enfermedades transmisibles disminuyó frente al aumento del peso de las enfermedades crónicas. En 1930, las enfermedades infecciosas representaban el 50% de la morbilidad en Brasil, mientras que en 1990 representaban menos del 10% de la carga de morbilidad.

La transición epidemiológica se asocia al proceso de desarrollo y ocurre en sintonía con la reducción de la mortalidad infantil y el aumento de la esperanza de vida. Cuando el proceso de desarrollo ocurre de forma desigual, sobre la base regional, la transición epidemiológica es desfasada regionalmente y los niveles de incidencia de enfermedades transmisibles siguen elevados en muchas regiones. En el caso de Brasil, las regiones norte, nordeste y centro-oeste responden a los mayores niveles de incidencia de enfermedades transmisibles. La persistencia de altas tasas de morbilidad por enfermedades transmisibles en estas regiones, incluso cuando se considera la mejora de los registros estadísticos, demuestra que, en los años noventa, el progreso en la reducción de dichas enfermedades no ha sido muy acentuado (figura 1.10). Los datos presentan grandes oscilaciones asociadas a la irregularidad del traspaso de recursos para las campañas de promoción, prevención y erradicación de dichas enfermedades en la primera mitad de los años noventa. Vale la pena destacar que uno de los componentes donde se produjo la reducción de las enfermedades transmisibles fue la diarrea en niños menores de 1 año, gracias a la mejora de la cobertura de los servicios de salud y del estado de nutrición de la población infantil.

Figura 1.10. Tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas transmisibles. Brasil, 1980–1995 (por 100.000 habitantes)

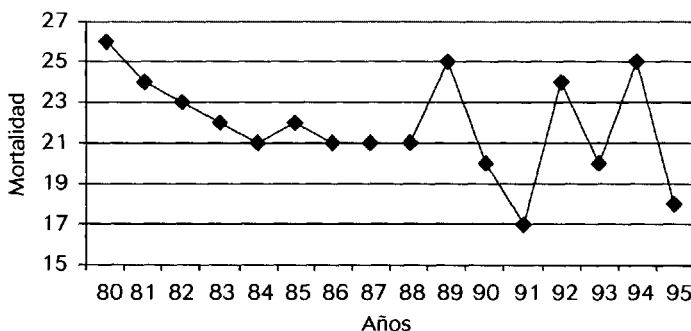
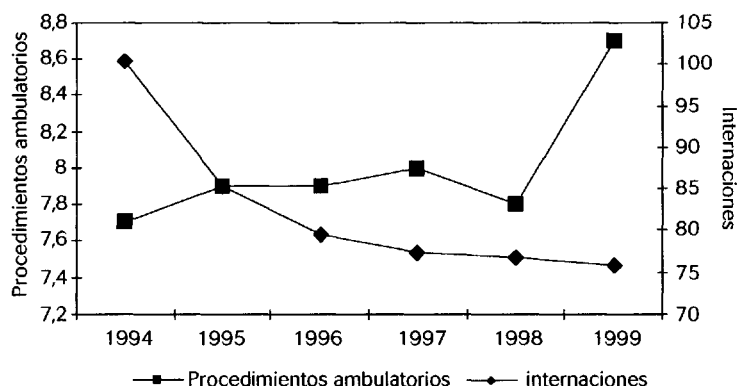


Figura 1.11. Evolución de la producción de servicios de salud (procedimientos ambulatorios per cápita e internaciones hospitalarias por 1.000 habitantes). Brasil, 1994–1999



Cobertura de los servicios públicos

No hay duda de que la cobertura de los servicios de salud en Brasil ha aumentado. Dicho aumento se verifica tanto en el sistema público como en el privado. El aumento de la cobertura puede ser visto desde dos ángulos: la producción de servicios y el número de personas cubiertas.

Desde la óptica de la producción de servicios, el sector presentó un fuerte aumento de la utilización de procedimientos ambulatorios junto con una disminución relativa del consumo de procedimientos hospitalarios, sobretudo en los últimos años con la implantación del PAB. La figura 1.11 muestra que, entre 1994 y 1999, el promedio mensual de servicios ambulatorios¹³ per cápita aumentó el 6%, pasando de 8 a 9, mientras que el número de internaciones hospitalarias por 1.000 habitantes se redujo el 24%, pasando de 100 a 76. Esto demuestra los esfuerzos que el gobierno ha emprendido al orientar el sistema de salud hacia la promoción, prevención de enfermedades y soluciones ambulatorias tales como el Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS) y el Programa de Salud Familiar (PSF). Desde la óptica del financiamiento, las restricciones del financiamiento de la salud en los años noventa también limitaron el aumento de las internaciones hospitalarias.

¹³ Los servicios ambulatorios del SUS comprenden un gran conjunto de procedimientos, entre ellos promoción de la salud, aplicación de vacunas, exámenes, consultas médicas, visitas domiciliarias, aplicación de terapias, procedimientos quirúrgicos ambulatorios y muchos otros.

Cuadro 1.3. Cobertura de vacunación contra las principales enfermedades inmunoprevenibles. Brasil, 1995–1999

Tipo de enfermedad o vacuna	Cobertura (%)	
	1995	1999
BCG	100	100
Fiebre amarilla	20	31
Hepatitis B	31	83
Poliomielitis	93	97
Sarampión	100	100
Triple (DPT)	95	94

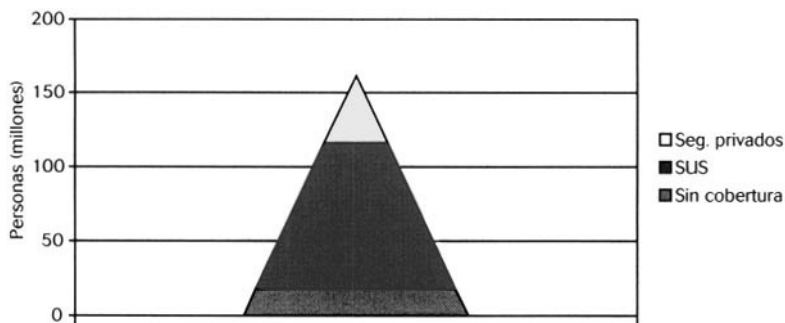
Fuente: DATASUS/MS, www.saude.gov.br.

El aumento de la cobertura de los servicios también puede medirse en las estrategias de vacunación. Entre 1995 y 1999 el número de dosis de vacunas administradas pasó de 64,7 a 159,3 millones y la cobertura alcanzó a casi la totalidad de la población objetivo. El cuadro 1.3 muestra la evolución de los niveles de cobertura de las principales vacunas. En relación con algunas de ellas, como la vacuna contra la fiebre amarilla, la cobertura, aunque haya aumentado, sigue siendo baja, ya que no se realiza a través de campañas, sino que depende más de la magnitud y expansión de la red de servicios de salud.

Los datos indican que la expansión de la cobertura se produjo tanto en el sector público como en el sector privado. Según los datos de la Encuesta Nacional de Muestras de Hogares del IBGE (PNAD) de 1998, dicha cobertura alcanzaría a 39 millones de personas¹⁴.

Considerando que la población de Brasil era de 162 millones (1998), se estima que el SUS atendía, en forma exclusiva, solamente a 99 millones de personas. Se estima que el número de personas no atendidas por ninguno de los sistemas de salud se situaría en torno a 24 millones, o sea casi el 15% de la población sin ninguna utilización del SUS. Dicha población, aunque formalmente tenga acceso al SUS, que es un sistema universal, en realidad no lo utiliza por tener otras formas de cobertura institucional o por no contar con servicios del SUS en la localidad donde vive, de modo que queda sin cobertura real o trata de acceder a servicios de salud por medio del pago directo de su bolsillo. La figura 1.12 presenta un estimado de la pirámide de cobertura del SUS por sector institucional. En la cumbre de la pirámide están los habitantes cubiertos por el sector de seguros privados, mientras que en la base están los que no tienen cobertura.

¹⁴ Los datos de la PNAD contrastan con los datos presentados por la empresa TTF&C, los cuales indican que, en 1996, alrededor de 42,1 millones de personas estarían cubiertas por el mercado de seguros médicos privados.

Figura 1.12. Cobertura institucional de salud en Brasil, 1998

Cabe aclarar, sin embargo, que las coberturas del SUS y de los seguros médicos privados no se excluyen mutuamente. Todas las personas cubiertas por el sector de seguros médicos privados pueden también acceder al SUS. Estos grupos, de mayor ingreso, nivel de información y contactos personales con los gestores y profesionales que actúan en el sistema de salud, pasan a utilizar selectivamente el sistema público para los procedimientos de alto costo, lo cual permite comprar o acceder al mercado de seguros médicos privados pagando precios equivalentes a un perfil económico de menor riesgo. Dicha situación también es favorable para los seguros médicos. Como los profesionales que actúan en el sistema público son los mismos que trabajan, en un contexto de múltiple empleo, en los seguros privados, pueden realizar para los asegurados de los planes de salud exámenes y procedimientos más caros utilizando instalaciones del sector público, sin computar los costos correspondientes a los seguros médicos privados.

Entre los grupos de menor nivel de educación, solamente la mitad utiliza exclusivamente el SUS. A medida que aumenta el grado de escolaridad, disminuye el número de personas con uso exclusivo del SUS, alcanzando el 5% entre las personas con curso superior completo¹⁵. El conjunto de usuarios frecuentes o eventuales del SUS está formado, en su mayoría, por aquellos que supuestamente se benefician simultáneamente de los seguros privados o que pagan por los servicios de su propio bolsillo. Entre los grupos de mayor escolaridad se observa que casi la mitad se incluye en la categoría de usuarios frecuentes o eventuales.

Asimismo, están aquellos que no son usuarios del SUS. Los de menos escolaridad son, supuestamente, los que no tienen ingreso para acceder a los seguros y, por lo tanto, además de no ser usuarios del SUS, no tienen ninguna cobertura institucional. Los que tienen educación universitaria son, a su vez, aquellos que solamente utilizan los seguros

¹⁵ Véase el cuadro A 7 del apéndice estadístico.

médicos privados y se benefician de una mayor cobertura de riesgos y procedimientos más costosos por los seguros que pagan.

Desde 1999, el gobierno brasileño, por medio del Consejo Nacional de Salud Suplementaria (CNSS), instituyó una norma que permite la recuperación de los costos de los servicios prestados por el SUS a beneficiarios de planes privados de salud. Después de distintas tentativas de los seguros médicos privados de impugnar esta resolución, el gobierno logró, a comienzos de 2000, su puesta en marcha, publicando a fin de año los primeros resultados de los costos que logró recuperar con esta medida¹⁶.

CONCLUSIONES

Los datos presentados en este capítulo llevan a las siguientes conclusiones:

a) Los gastos en salud en Brasil llegaron a US\$ 61.400 millones, cifra que equivale al 7,6% del PIB. La mayor parte de estos recursos es financiada directamente por las familias (54%). Las empresas financian solamente 9% de dichos recursos y el sector público es responsable por 37% del gasto.

b) El sistema de salud en Brasil en 1996 aún presentaba un desempeño inferior al de otros países latinoamericanos con nivel similar o inferior de gasto en salud, especialmente en lo que se refiere a la esperanza de vida y los años perdidos por discapacidad. Con un gasto en salud superior a los US\$400 (véase el cuadro A 4 del apéndice estadístico), la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad de los brasileños debería ser de 65 años y no de 59.

c) Sin embargo, Brasil ha avanzado en la mejora de los indicadores de salud en los años noventa, reduciendo la mortalidad infantil y la desnutrición, aumentando el acceso a los servicios de salud, especialmente para mujeres embarazadas y niños, aumentando la cobertura institucional y la atención en el parto, aumentando el número de consultas, reduciendo las internaciones hospitalarias innecesarias y aumentando la cobertura de vacunación.

d) Aun así, en 1998 se estimaba que el 15% de la población no tenía ninguna cobertura de salud. Este grupo está constituido en su mayor parte por personas de bajos ingresos. Aproximadamente el 12% de la población sin primer grado de enseñanza completo no usaba el SUS, como muestra el cuadro A 7 del apéndice estadístico.

Las conclusiones aquí presentadas muestran que, sin dejar de reconocer el mérito de los últimos años en el logro de mejores resultados, todavía queda mucho que hacer para mejorar la cobertura, calidad y eficiencia del sistema de salud en Brasil y ponerlo en el mismo grado de desempeño que buena parte de sus vecinos latinoamericanos.

¹⁶ El capítulo 10 presenta los resultados de la recuperación de costos de los servicios del SUS proporcionados al sector privado en 1999.

ESTIMACION DEL GASTO PUBLICO EN SALUD

El objetivo de este capítulo es estimar los gastos públicos en salud con una metodología que evite la doble contabilidad de las transferencias intergubernamentales en el proceso de agregación de gastos públicos de distintas esferas de gobierno. Con esta metodología se construyeron series de gasto público en salud para el gobierno federal, así como los gobiernos estatales y municipales, para el período de 1982 a 1999, que se presentan en el apéndice estadístico.

CONCEPTOS BASICOS Y FUENTES DE DATOS

Se consideran como gastos públicos en salud aquellos que se destinan a la promoción, la prevención y el tratamiento de la salud de la población en general. Los gastos públicos en salud son los que se realizan con fondos de todos los niveles del gobierno: federal, estatal y municipal. No están incluidos según este criterio los gastos de atención médica de funcionarios de la administración pública, los cuales pueden ser clasificados como gastos privados, ya que se destinan a la atención médica exclusivamente para dichos empleados y sus familias, como pasa en cualquier empresa.

Se consideran como gastos públicos federales aquellos que se realizan con el presupuesto del gobierno federal, a través de sus ministerios y organismos de administración directa e indirecta. Las principales entidades responsables por el gasto público federal en salud son el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación. Este último financia, indirectamente, los hospitales pertenecientes a las universidades federales, que son importantes pilares del sistema público de atención médica, especialmente en las grandes capitales del país.

Las series históricas de gastos federales en salud son las principales fuentes de información sobre financiamiento del sector salud. Sin embargo, su importancia ha venido decreciendo en los últimos años, ya que los ingresos fiscales de los estados y municipios han aumentado y siguen elevando su participación en el financiamiento público de servicios de salud desde fines de los años ochenta.

Por otro lado, desde la segunda mitad de los años ochenta, el gobierno federal viene aumentando las transferencias negociadas de recursos a estados y municipios para el financiamiento de la salud, especialmente a partir de la promulgación de las Normas Operacionales Básicas (NOB) del Ministerio de Salud (MS), las cuales definen y perfeccionan los criterios para las transferencias de recursos financieros del nivel central al nivel local.

Para evaluar separadamente el impacto del aumento de los fondos provenientes de fuentes propias y de transferencias federales en los gastos en salud de los estados y municipios, el análisis del financiamiento público de salud será realizado desde dos ópticas contables distintas. La primera es la óptica del origen de los recursos, donde el gasto en cada esfera de gobierno se contabiliza a partir de sus propias fuentes de financiamiento o, en otras palabras, de recursos fiscales y parafiscales propios. Desde esta óptica, el gasto público total en salud puede ser definido como:

$$Gpo = Gf + Ge + Gm \quad (1), \text{ donde:}$$

Gpo = gasto público total en salud según el origen de los recursos;

Gf = gasto público federal en salud;

Ge = gasto público estadual en salud;

Gm = gasto público municipal en salud.

La segunda es la óptica de la responsabilidad por el gasto. En este caso, se consideran los gastos efectivamente realizados bajo la administración o responsabilidad de cada nivel de gobierno. El gobierno federal, en este caso, transfiere fondos para financiar servicios de salud de los estados y municipios, aunque no reciba recursos de ningún otro nivel de gobierno. Los estados, en general, reciben recursos del gobierno federal y transfieren fondos a los municipios, mientras que estos últimos reciben transferencias del gobierno federal y de los estados.

Por lo tanto, para evitar la doble contabilidad de los gastos públicos, se usa una fórmula diferente de la anterior:

$$Gpr = (Gf - Tfe - Tfm) + (Ge + Tfe - Tem) + (Gm + Tfm + Tem) \quad (2),$$

donde:

Gpr = gasto público total en salud según la responsabilidad por el gasto

Tfe = transferencia federal a los estados

Tfm = transferencia federal a los municipios

Tem = transferencia estadual a los municipios.

En el presente análisis, los datos sobre gastos federales en salud se obtuvieron de los informes de ejecución presupuestaria anual del gobierno federal. El actual sistema de

administración financiera del Ministerio de Hacienda permite conocer en detalle el registro contable de los recursos transferidos a los estados y municipios por el gobierno federal.

Los datos sobre gastos estatales fueron obtenidos de la División de Estados y Municipios (DIVEM) del Tesoro de la Nación (DTN), que forma parte del Ministerio de Hacienda. Sin embargo, dichos datos muchas veces no presentan suficientes detalles para identificar adecuadamente las transferencias federales de recursos, lo cual crea dificultades para compatibilizar la información sobre dichas transferencias de recursos a los estados incluidos en el SIAFI con la recolectada en los formularios de la DIVEM. La opción, en este caso, fue considerar como válido el criterio utilizado por el SIAFI, ya que la información presenta una metodología de control que le garantiza una mejor calidad.

En el caso de los municipios, por las razones anteriormente descritas, se utilizó el criterio de transferencias presentado por el SIAFI, el cual se consolida en la Cuenta Social del IPEA. Los datos sobre gasto municipal en salud producidos por la DIVEM son confiables para los municipios con más de 50.000 habitantes. Los municipios menores no son obligados por el Tribunal de Cuentas del Gobierno Federal y de los Estados a presentar sus gastos de acuerdo con la clasificación por funciones y programas, lo cual impide que se explique con más detalles la forma en que utilizan sus transferencias. Por otra parte, se pudieron estimar en detalle los gastos de estos municipios a partir de los resultados de una muestra representativa de los mismos en la cual se han desagregado los gastos en salud. A partir de 1996 el Ministerio de Salud empezó a recolectar y procesar información sobre financiamiento y gasto en salud en relación con todos los municipios brasileños por medio del SIOPS (recuadro 2.1).

Esta información todavía no presenta la cobertura necesaria para constituir una base de datos representativa de los gastos municipales en salud a nivel nacional. Por estos motivos, la construcción de una serie de datos sobre gastos públicos en salud en Brasil para las tres esferas del gobierno es un esfuerzo que exige la búsqueda de distintas fuentes de datos y el uso de supuestos que permitan compatibilizar, integrar y evitar la doble contabilidad de los recursos.

EL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD Y EL PROCESO DE DESCENTRALIZACION

La metodología aplicada permite lograr algunos resultados interesantes. El cuadro A 8 del apéndice estadístico y la figura 2.1 muestran cómo se comportan los gastos federales en salud según el origen de los recursos y la responsabilidad por el gasto (una vez deducidas las transferencias para estados y municipios).

Se observa que, entre 1982 y 1999, hay dos momentos importantes asociados al proceso de descentralización del financiamiento del sector salud. El primero ocurrió entre 1984 y 1991, cuando las transferencias aumentaron de forma acelerada, llegando a más

Recuadro 2.1. Sistema de información sobre Presupuestos Públicos para la Salud (SIOPS)

El SIOPS es un sistema para recolectar y consolidar anualmente los datos sobre ingreso público y gastos en salud de todos los estados y municipios brasileños. Con el SIOPS se procura desarrollar, implementar y mantener bases de datos uniformes con informaciones sobre ingresos y gastos en salud en todos los niveles de gobierno, con miras a: a) establecer un instrumento de planificación, gestión y evaluación de los gastos en salud en Brasil; b) aumentar la transparencia y el control social sobre gastos en salud en distintas esferas públicas de gobierno, y c) monitorear el cumplimiento de la vinculación constitucional de los recursos para la salud, a través de la enmienda constitucional que relaciona recursos presupuestarios para la salud en las tres esferas de gobierno (EC 29/00, promulgada en 2000). El Ministerio de Salud y el Ministerio Público Federal se encargaron de definir legalmente y elaborar el SIOPS, en respuesta a una propuesta del Consejo Nacional de Salud. La implementación del SIOPS fue realizada por la Secretaría de Gestión de Inversiones del Ministerio de la Salud, con el apoyo del DATASUS y del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq) del Ministerio de Ciencia y Tecnología.

Informaciones básicas

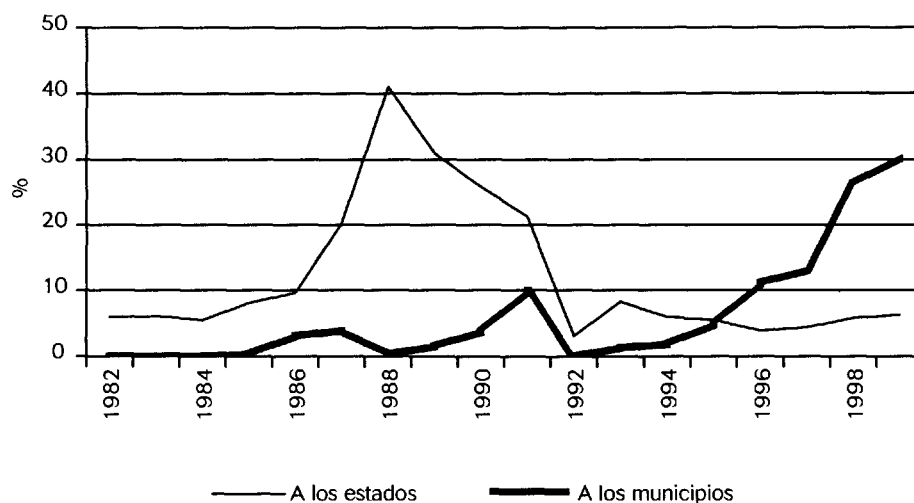
El SIOPS provee datos de ingresos y gastos del gobierno federal y estados (a partir de 1995) y de los municipios (a partir de 1998), por medio del detalle de los recursos propios, las transferencias de otras esferas de gobierno y los ingresos de capital. Los gastos son clasificados por función (atención básica, asistencia hospitalaria y ambulatoria, productos profilácticos y terapéuticos, vigilancia sanitaria y epidemiológica) y por categoría económica (personal y cargos sociales, deuda externa e interna, otros gastos corrientes, inversiones, gastos financieros y de capital). Hasta el año 2000 habían sido incorporados al sistema 1.700 de los 5.500 municipios brasileños y 16 de los 27 estados.

del 40% de los gastos federales en salud en 1988. En esa época, la política de salud implementada bajo el Sistema Unificado y Descentralizado de Salud (SUDS) y durante los primeros años del SUS benefició a los estados, incentivando el traspaso de los establecimientos de salud federales (hospitales, centros y puestos de salud) a dichas esferas del gobierno e integrando el presupuesto público de salud del gobierno federal y de los estados.

El segundo momento ocurrió entre 1995 y 1998, cuando las transferencias negociadas¹ retomaron su senda de crecimiento, beneficiando más a los municipios que a los estados. La figura 2.1 muestra el porcentaje de recursos federales transferidos a los estados y a los municipios entre 1982 y 1999.

¹ Aunque sean definidas como negociadas, buena parte de las transferencias en los años recientes se han realizado de forma automática de conformidad con criterios establecidos, como ocurre con los recursos per cápita del nivel mínimo de financiamiento para la atención básica (PAB).

Figura 2.1. Evolución de las transferencias de recursos federales a los estados y municipios como porcentaje del gasto federal. Brasil, 1982–1999



Los datos actuales indican que, entre 1987 y 1991, las transferencias negociadas de recursos federales financiaron altas proporciones del gasto en salud de los estados². Como en esa época no había reglas definidas para la utilización de fondos estaduais destinados a la salud, los recursos federales prácticamente reemplazaron el gasto de los estados, sin mejorar la eficiencia del gasto. Tal hecho posiblemente haya contribuido a la falta de estímulo al crecimiento del gasto en salud (e incluso de la recaudación) de los niveles locales de gobierno, alimentando a la larga el llamado “flypaper effect” (efecto de la tira matamoscas) descrito en los manuales de finanzas públicas³, que se produjo a fines de los ochenta y en los primeros años de vigencia de la nueva Constitución. A partir de 1992, el gobierno federal fija su política de transferencia de recursos a los estados, aumentando el peso de las transferencias a los municipios, al mismo tiempo que empiezan a

² Por ejemplo, 1988 fue el año en que se logró el mayor volumen de transferencias a estados. Ese mismo año se observó que los estados disminuyeron fuertemente sus gastos en salud financiados con recursos propios y muchos dirigieron las transferencias del SUS a otros rubros presupuestarios. Los datos que muestran este comportamiento se encuentran en el cuadro A 9 del apéndice estadístico.

³ El “flypaper effect” se presenta en el libro de Richard Musgrave sobre finanzas públicas. Dicho efecto se produce cuando una esfera central del gobierno transfiere recursos de forma negociada para una determinada finalidad a una esfera descentralizada de gobierno, sin que se firme un compromiso de que la esfera descentralizada mantenga su nivel de gasto con aquella finalidad. El gobierno descentralizado, entonces, sustituye los recursos propios con la transferencia negociada vinculada, lo cual le da un mayor grado de flexibilidad para asignar los recursos presupuestarios de fuentes propias. Para evitar dicho comportamiento, las transferencias sectoriales negociadas deben estar asociadas a mecanismos que incentiven la participación de fuentes propias, como las donaciones de contrapartida.

estudiarse nuevos mecanismos de transferencias de recursos a los estados, con la promulgación de las normas operacionales básicas del SUS. Como consecuencia de estos cambios, entre 1992 y 1996, la participación de las transferencias federales en los gastos en salud de los estados se reduce del 13% al 5%.

Las transferencias negociadas siempre habían sido mucho menos importantes en el financiamiento de las acciones de salud de los municipios que de los estados hasta comienzos de los años noventa. Por otro lado, a diferencia de lo que ocurre en los estados, se presenta una tendencia de aumento del peso de dichas transferencias en los gastos en salud de los municipios a partir de 1994⁴. Tal tendencia se asocia, por un lado, al traspaso progresivo de la responsabilidad por la prestación de servicios de atención médica a los municipios, quedando los demás niveles de gobierno con tareas relacionadas con reglamentación, planificación, coordinación de la salud pública y vigilancia epidemiológica, además de la atención médica eventual de mayor complejidad.

Hasta comienzos de los años noventa, las transferencias de recursos federales a los estados y municipios para la salud, especialmente los que financian las coberturas hospitalaria y ambulatoria, se realizaban sobre la base de los niveles anteriores, respetando selectivamente (según la conveniencia política) las solicitudes de recursos de algunos estados y municipios presentadas cada año.

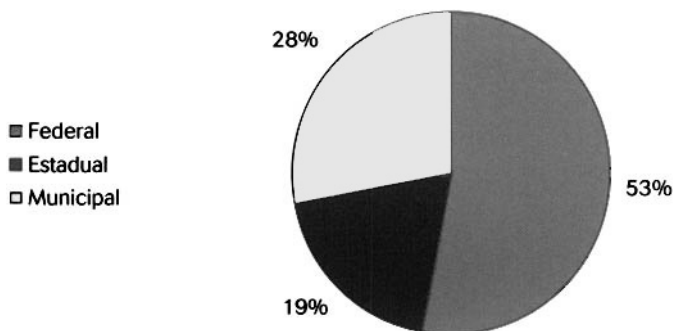
La Norma Operacional Básica (NOB) de 1996 del SUS definió criterios adicionales para la transferencia de recursos a los estados y municipios, primeramente clasificando los municipios según su capacidad de gestión del SUS. En este sentido, se definieron etapas de preparación hasta que se acredite la capacidad de un municipio para administrar el SUS. Cuando se llega a esta etapa, el municipio pasa a recibir transferencias de recursos automáticas del gobierno federal, según parámetros y topes financieros definidos. Dichas transferencias se realizan automáticamente del fondo nacional de salud al fondo municipal de salud (mecanismo conocido como “transferencia de fondo a fondo”). Los municipios que todavía no cumplen las condiciones siguen recibiendo transferencias negociadas para la cobertura ex post de los gastos financieros incurridos en la contratación de los servicios prestados por unidades propias o contratadas.

Además, se establecieron criterios para el financiamiento de la atención básica, entendida como un conjunto de procedimientos de promoción, prevención y atención primaria, con gran capacidad resolutive y bajo costo relativo. Los recursos destinados a atención básica pasan a ser transferidos según criterios per cápita, en valores que varían según el cuadro de necesidades epidemiológicas de cada estado o municipio.

Otras innovaciones de la NOB 96 fueron: a) perfeccionar la legislación que regula las transferencias automáticas de recursos “de fondo a fondo” y las modalidades de rendi-

⁴ Véase el cuadro A 10 del apéndice estadístico.

Figura 2.2. Distribución del gasto público en salud (según el origen de los recursos). Brasil, 1996

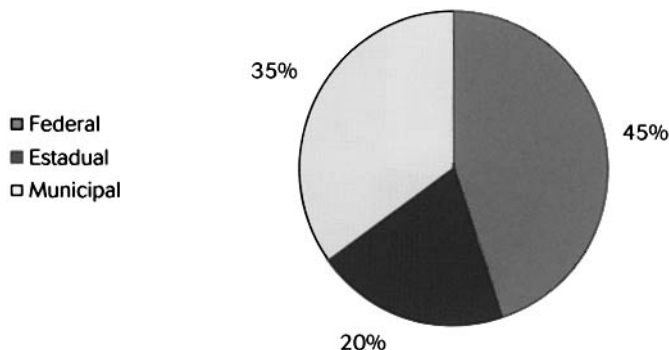


ción de cuentas; b) perfeccionar los mecanismos de fijación de los topes de financiamiento de la salud (valores máximos anuales) para los estados y municipios; c) corregir la base de los ingresos en los estados que anteriormente recibieron menos recursos; d) instituir mecanismos de programación integrada para orientar decisiones sobre inversiones en salud; e) perfeccionar los mecanismos de financiamiento de las acciones ambulatorias, generando mayor racionalidad en sus mecanismos de gestión; f) conferir prioridad a las acciones contempladas en los programas de salud de familia y agentes comunitarios de salud; g) perfeccionar los mecanismos de pago en el financiamiento de las internaciones hospitalarias; h) desarrollar programas de promoción y prevención para los grupos de mayor riesgo; i) aumentar el control y la transparencia en los mecanismos de contraloría y auditoría de los recursos para atención médica a cargo de los estados y municipios.

El análisis de las transferencias de recursos y su aplicación permite evaluar las dimensiones del gasto en salud en cada nivel de gobierno desde las dos ópticas definidas en este capítulo. Las figuras 2.2 y 2.3 muestran que los fondos federales siguen siendo la principal fuente de financiamiento público para la salud en Brasil, pero dicha participación, después de aumentar a más del 80% entre 1987 y 1989, se ha reducido progresivamente hasta llegar al 54% en 1996⁵. Vale la pena destacar también que, entre 1988 y 1996, las transferencias federales fueron, poco a poco, perdiendo relevancia en el financiamiento de la salud, como indica la comparación de los datos sobre gasto público federal en los dos cuadros correspondientes del apéndice estadístico (origen de los recursos y responsabilidad por el gasto).

⁵ Véase el cuadro A 12 del apéndice estadístico.

Figura 2.3. Distribución del gasto público en salud (según la responsabilidad por el gasto). Brasil, 1996



Por otro lado, la participación de los estados en la gestión de los recursos para la salud se redujo desde 1988, época en que dichas esferas de gobierno administraban el 35% de los recursos destinados a la salud. En los años noventa hubo una progresiva reducción de la participación de los estados frente a un fuerte aumento de la participación de los municipios. Vale destacar que, en 1996, estos pasaron a manejar el 35% de los gastos en salud, frente a una reducción de los gastos estaduais al 19% y del gasto federal al 46%.

CONCLUSIONES

Los datos e informaciones presentadas en este capítulo permiten formular las siguientes conclusiones:

a) Durante los últimos veinte años se generó un intenso proceso de descentralización del financiamiento de la salud como consecuencia de 1) el aumento de la participación de los recursos propios de los estados y municipios en el financiamiento público de la salud, y 2) el aumento de las transferencias federales de recursos a los estados y municipios, con miras a apoyar la autonomía administrativa de los gobiernos locales en la gestión de las acciones de salud.

b) Actualmente, los estados y municipios son responsables por la administración de la mayor parte del gasto público en salud en Brasil. Hoy en día ya no se puede decir, como a comienzos de los noventa, que el gran dilema del financiamiento de la salud en Brasil radica en la responsabilidad del gobierno federal por el financiamiento y la gestión del gasto.

c) Por otra parte, se observa también que la mayoría de las transferencias federales se destinan progresivamente a los municipios, reforzando el papel de dichas esferas como gerentes y proveedores de servicios públicos de salud en el país.

PARTICIPACION DEL GASTO EN SALUD EN EL PRESUPUESTO PUBLICO

LOS GASTOS FEDERALES

La Constitución brasileña de 1988 y la Ley Orgánica del Sistema Único de Salud (SUS), promulgada en 1990, definieron una política orientada a aumentar los gastos públicos en salud, con miras a alcanzar una efectiva universalización de la cobertura. La crisis económica de comienzos de los años noventa impidió que tal política se implementase, ya que no existían recursos que garantizaran el sostenimiento del gasto en salud en un momento de reducción de los ingresos y del presupuesto público. Entre 1989 y 1992 (durante la crisis del gobierno de Fernando Collor de Mello), los gastos federales en salud bajaron de US\$19.200 millones a US\$10.000 millones y la participación del gasto en salud en los ingresos fiscales del gobierno se redujo del 23% al 13% (véase el cuadro A 13 del apéndice estadístico).

La disminución de los gastos públicos federales en salud entre 1989 y 1994 fue denunciada por varios segmentos organizados de la sociedad que impulsaron un movimiento en favor de mayores recursos públicos para el sector, el cual se reflejó en los esfuerzos desarrollados por los últimos tres ministros de salud: Adib Jatene, Carlos Albuquerque y José Serra. El ministro Jatene, en 1995, utilizó su prestigio político para aprobar la reedición de un impuesto que pasó a ser utilizado para financiar el sector salud¹.

El ministro Carlos Albuquerque, en 1997, inició la lucha por la aprobación de una enmienda constitucional que vinculase los recursos de los presupuestos de los gobiernos federal, estadual y municipal a los gastos en salud. Se lograron resultados positivos durante la gestión del ministro José Serra, quien igualmente usó su prestigio político en el Congreso para aprobar la vinculación de los recursos presupuestarios públicos a los

¹ Se trata de la contribución provisoria sobre movimientos financieros (CPMF), también conocida como “impuesto sobre el cheque”. En 1997 la CPMF representó casi el 30% de los recursos que financiaron el presupuesto federal de salud.

gastos en salud en 2000, la cual empieza a ser implementada en el presupuesto de 2001².

La creación de vinculaciones de fuentes fiscales al financiamiento sectorial permitió la estabilización de los gastos en salud en la segunda mitad de los años noventa. En efecto, dichos gastos pasaron de US\$12.400 millones a US\$13.300 millones entre 1996 y 1999, en un momento en que el país necesitó realizar ajustes fiscales y obtener créditos externos de emergencia para solucionar crisis especulativas de la moneda y mantener la estabilidad económica. Así, el gobierno federal redujo progresivamente su peso en el financiamiento del gasto público en salud, a medida que se impulsaron mecanismos para aumentar la participación de los estados y municipios. En 1988, año de la creación del SUS, la participación federal en el financiamiento sectorial era del 87%, mientras que, en 1996, dicha participación pasó al 54%. Aumentó, por otra parte, el esfuerzo de los estados y municipios en la composición del gasto en salud.

LOS GASTOS DE LOS ESTADOS

Los gastos en salud efectuados con recursos propios de los estados sufrieron una gran reducción a comienzos de los años ochenta, bajando de US\$2.300 millones a US\$1.300 millones entre 1980 y 1987. Dicha reducción fue provocada por la crisis económica y su impacto en las finanzas estatales, y llevó a la administración a incurrir en mayores gastos con otras actividades de gobierno.

En los años noventa, los estados volvieron a aumentar su participación en el financiamiento de salud. En efecto, entre 1987 y 1998 el gasto de los estados en salud pasó de US\$1.300 millones a US\$5.400 millones. Las presiones del gobierno federal fueron decisivas para una gestión más comprometida de los secretarios estatales de salud. Por otro lado, el uso de donaciones de contrapartida que combinaban fondos federales y estatales para el financiamiento de algunos programas esenciales aumentó la disposición de los estados para aumentar los recursos propios en el ámbito de la salud. Así, la participación del gasto en salud en los ingresos estatales entre 1987 y 1998 aumentó del 3,4% al 8,5%.

Con la aprobación de la Enmienda Constitucional (EC) 29/00, los estados (incluido el Distrito Federal) deberán elevar el gasto progresivamente hasta llegar al mínimo del

² La EC 29/2000 obligó al gobierno federal en 2001 a aumentar el 5% los gastos federales en salud. Durante los cuatro años subsecuentes (2002-2005), el gasto federal en salud será ajustado según la inflación del año anterior e incrementado mediante la aplicación de un porcentaje correspondiente a la variación real del producto interno bruto (PIB) del año anterior. En este sentido se procuraría mantener la participación del gasto público federal en salud en el PIB. En el sector educación se adoptó una estrategia similar para comprometer gastos de estados y municipios para la cobertura de un tope del gasto anual por alumno.

12% de los ingresos fiscales propios en 2005³. Hasta 1998 solamente el Distrito Federal gastaba recursos superiores al 12% de su presupuesto en acciones de salud.

LOS GASTOS MUNICIPALES

Al contrario de lo que ocurrió con los gastos estatales, los gastos municipales en salud han aumentado constantemente desde los años ochenta. Durante la crisis económica de 1983 y 1984, los municipios, aunque sufrieron caídas en su ingreso, aumentaron su participación en el gasto en salud. Entre 1980 y 1996 el gasto promedio en salud de los municipios pasó del 7,3% al 15,1% del ingreso total de dichas esferas de gobierno.

Los gastos municipales en salud, desde comienzos de los años ochenta, fueron impulsados por la necesidad de poner en funcionamiento toda la red de unidades de salud construidas a fines de los años setenta, a través del Programa de Acciones de Salud y Saneamiento en el Interior (PIASS).

Con la creación del SUS en 1988, el eje de operación de los servicios de salud pasó progresivamente a los municipios, garantizando un mayor compromiso de estos con la gestión y operación de sus sistemas locales de salud. Entre 1990 y 1996 el gasto neto en salud en los municipios prácticamente se triplicó, pasando de US\$2.200 millones a US\$7.100 millones.

La EC 29/00 llevará al aumento de la participación de los ingresos municipales (incluidas la recaudación tributaria y las transferencias automáticas de recursos) en el financiamiento de la salud con miras a alcanzar el 15% de la totalidad de dichos ingresos en 2005, empezando con una asignación del 7% como mínimo en 2001.

PARTICIPACION DEL GASTO EN SALUD EN EL INGRESO PUBLICO GLOBAL

No obstante los esfuerzos desarrollados para aumentar los gastos públicos en salud en todos los niveles de gobierno y su aumento absoluto de US\$18.000 millones a US\$ 25.000 millones entre 1990 y 1998, su participación relativa en los ingresos públicos agregados se mantuvo estable (entre 11% y 12%) en los años noventa. El aumento absoluto de los gastos en salud se justifica por la presión al aumento de los gastos en salud en la estructura del presupuesto de la Nación.

La expectativa del gobierno es que, de acuerdo con determinadas hipótesis de crecimiento económico y recaudación fiscal, la aprobación reciente de la EC 29/00 posi-

³ Los estados deberán destinar como mínimo el 7% de estos ingresos en 2001 y elevar ese porcentaje en 1/5 de la brecha con respecto al 12%, cada año, hasta llegar a ese nivel en 2005. Los estados que en 2001 ya gastan más del 7% de sus ingresos en salud no podrán reducir su proporción de gasto en el presupuesto de los años siguientes. Por el contrario, deberán aumentarla en 1/5 de la brecha con respecto al 12% previsto para 2005.

bilitará, entre 2000 y 2004, aumentos de 11%, 44% y 15% en los gastos en salud de los gobiernos federal, estadual y municipal, respectivamente. Queda claro que el mayor esfuerzo fiscal para cumplir la nueva ley deberá ser primeramente de los estados y después de los municipios.

EL GASTO EN SALUD COMO PARTE DEL GASTO SOCIAL

El gasto social representa una buena parte del conjunto de los gastos públicos del gobierno federal en Brasil. Entre 1993 y 1998 dicho gasto pasó del 58% al 62% del gasto no financiero del gobierno federal⁴. Si se considera el conjunto del gasto gubernamental (financiero y no financiero), dicha participación se redujo del 29% al 23%, en el mismo período, en función del fuerte crecimiento de los gastos financieros del gobierno federal. La figura 3.1 indica cómo evolucionó la participación relativa de los distintos componentes del gasto público federal entre 1993 y 1998. Se comprueba que el gasto social se redujo menos que los “otros” gastos. El desempeño del gasto social federal puede medirse también según su participación en el PIB, la cual pasó del 12,0% al 12,7% en el mismo período.

En la clasificación del gasto social federal, los gastos en salud ocupan el tercer lugar, después de la previsión social y las prestaciones (pensiones) de los empleados públicos. El cuadro A 17 del apéndice estadístico muestra la evolución de la participación relativa de las distintas categorías del gasto social federal en Brasil entre 1993 y 1998.

En efecto, se observa que los gastos en salud bajaron del 16% al 14% del gasto social federal entre 1993 y 1998, lo cual indica que su participación relativa se ha reducido aunque el gasto absoluto haya aumentado de US\$10.300 millones a US\$12.400 millones. Los gastos relacionados con la previsión social y las prestaciones de los empleados públicos fueron los que más crecieron, absorbiendo más de 65% de la totalidad del gasto social en 1998.

Los datos disponibles no permiten conocer el peso de los gastos en salud en los gastos sociales financiados a partir de recursos de los estados y municipios⁵ en los años noventa. Para evaluar dicha dimensión en los años ochenta se realizó una investigación en el Instituto de Economía del Sector Público (IESP) de la FUNDAP en São Paulo⁶. Dicha

⁴ Véase Ribeiro, J.A. y Fernandes, M.A., “Acompanhamento e dimensionamento do gasto social federal: considerações metodológicas e resultados para os anos 90”. En: *Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise*, N° 1. Ed. IPEA, junio de 2000.

⁵ El criterio para la clasificación de los gastos de los estados y municipios es similar al utilizado en el nivel federal e incluye los gastos en alimentación y nutrición, educación, cultura y deportes, salud, saneamiento, vivienda, trabajo, protección social y previsión social.

⁶ Véase Médiç, A.C y Maciel, M.C.M., “A Dinâmica do Gasto Social nas Três Esferas de Governo”. En: Affonso, R.B y Silva, P.L.B., “Descentralização e Políticas Sociais”, Série “Federalismo no Brasil”, São Paulo (SP), FUNDAP, 1996.

Figura 3.1. Distribución del gasto público federal según la naturaleza del gasto. Brasil, 1993–1998

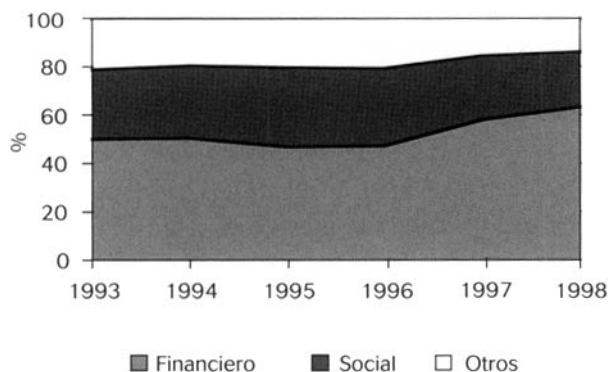
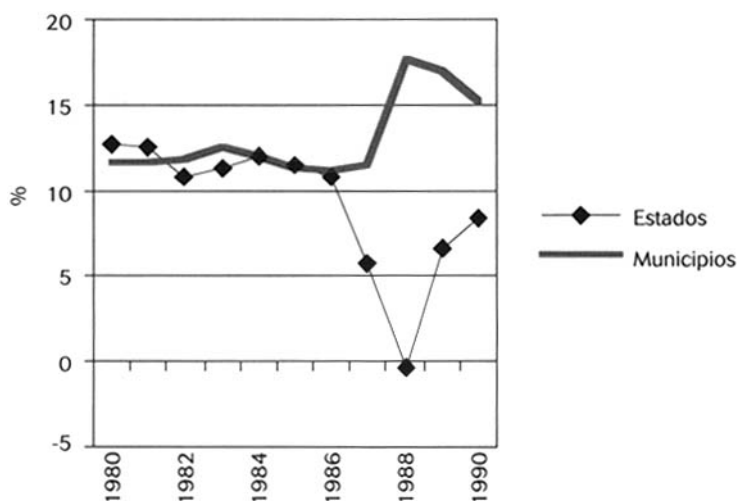


Figura 3.2. Participación del gasto en salud en el gasto social total de los estados y municipios. Brasil, 1980–1990



evaluación muestra que los gastos en salud de los estados (según el origen de los recursos) reducen su participación en el gasto social del 12,8% al 8,3% entre 1980 y 1990 (figura 3.2). Análogamente, los gastos municipales en salud aumentan su participación en el gasto social de los municipios del 11,7% al 15,3% en el mismo período, confirmando que desde esta época se ha mantenido la tendencia al aumento de la participación de los municipios en el financiamiento de la salud.

CONCLUSIONES

En este capítulo se intentó analizar la magnitud del gasto en salud en las distintas esferas de gobierno. Las principales conclusiones de este capítulo se resumen en los siguientes puntos:

a) Los mecanismos de descentralización impulsados por el SUS llevaron a una reducción del gasto federal en salud y al consecuente aumento de la participación de los estados y municipios en el financiamiento. En efecto, los gastos federales de salud bajaron su participación del 87% al 54% del gasto público en salud entre 1988 y 1996.

b) El aumento de la participación de los estados en el gasto en salud fue impulsado por la determinación del gobierno federal en transferir recursos para atención básica utilizando mecanismos de donaciones de contrapartida. Entre 1987 y 1998 la participación de los gastos en salud en el presupuesto de los estados pasó del 3% al 9%. Con la aprobación de la Enmienda Constitucional 29 de enero de 2000 (EC 29/00), dicha participación no podrá ser inferior al 12% a partir de 2005.

c) Los gastos municipales de salud aumentaron fuertemente su participación en el presupuesto público municipal, del 7% a más del 15%, entre 1980 y 1998. Aunque la EC 29/00 fije en 15% el mínimo de participación del gasto en salud en los presupuestos municipales a partir de 2005, la mayoría de los municipios en 1998 ya gastaban más que este porcentaje. Por lo tanto, cabrá a los estados el mayor esfuerzo para cumplir las normas que fijan porcentajes mínimos de gasto en salud en las esferas locales de gobierno.

d) Los gastos sociales aumentaron su participación en el conjunto de los gastos no financieros del gobierno federal, pasando del 58% al 62% de estos gastos (del 12% al 13% del PIB) entre 1993 y 1998. El gasto en salud representa el tercer componente más importante del gasto social, después de previsión social y las pensiones de los funcionarios públicos⁷.

⁷ Desde el punto de vista formal, los gastos en previsión social de los funcionarios públicos no deberían ser considerados como gasto social, ya que son parte de los gastos de la administración pública.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO Y FLUJOS DE RECURSOS

FUENTES QUE FINANCIAN EL PRESUPUESTO FEDERAL DE SALUD

En el presente capítulo se analizarán de forma más pormenorizada las fuentes federales de financiamiento de la salud, ya que los estados y municipios, como se detalló anteriormente, financian sus gastos en salud mediante recursos fiscales propios y transferencias negociadas de otras esferas del gobierno. Como se explica más adelante, aún existe una gran heterogeneidad en los recursos disponibles en el nivel local de gobierno, lo cual aumenta el papel del nivel federal en la redistribución de los recursos con miras a lograr una mayor equidad en los objetivos de salud del país.

Antes de la creación del SUS en 1988, la principal fuente de financiamiento de los gastos federales en salud era la contribución sobre la nómina salarial, en un sistema de salud donde solamente los trabajadores formales y sus familias tenían acceso a una atención médica de mayor cobertura y calidad. Con la creación del SUS, el sistema se universalizó, pasando a ser financiado por rentas generales (impuestos y contribuciones sociales) de la Nación.

La Constitución de 1988 y la Ley Orgánica de Salud (LOS), promulgada en 1990, establecieron las reglas para una diversificación de las bases del financiamiento del sector salud. Dicha diversificación se realiza a través de la creación del presupuesto de la seguridad social, el cual financiaba acciones de previsión social, salud, protección social y apoyo al trabajador, a partir de tres bases de financiamiento: la nómina salarial, las ganancias netas y la facturación bruta de las empresas. El presupuesto de la seguridad social, de acuerdo con la Ley Orgánica de Salud, debería destinar el 30% de sus recursos a los gastos federales en salud (cuadro 4.1).

En los primeros años de funcionamiento del presupuesto de la seguridad social no se asignaron recursos suficientes al SUS. De hecho, los recursos para el pago de prestaciones de previsión social eran compromisos legales, mientras que los gastos en salud no se basaban en compromisos institucionales, sino que aumentaban o disminuían fácilmente en función de la política económica o de presiones políticas y compromisos con el pago de pensiones y cesantías.

Cuadro 4.1. Presupuesto de la seguridad social

Bases de financiamiento	Usos
Contribuciones sobre la nómina salarial (CSS) (empleados y empleadores)	Previsión social
Contribución sobre la facturación bruta (COFINS)	Protección social
Contribución sobre la ganancia neta (CSLLE)	Salud
Contribución al PIS/PASEP	Apoyo al trabajador

El gran objetivo perseguido por las autoridades del Ministerio de Salud durante los años noventa, en lo que se refiere al financiamiento de la salud, fue la búsqueda de la estabilidad de las fuentes de financiamiento.

En este sentido, una parte de los esfuerzos de los ministros de salud durante los años noventa fue destinada a aumentar la magnitud de los recursos y asegurar la estabilidad de las bases del financiamiento del sector, lo cual condujo a dos medidas básicas: 1) la ya mencionada creación de la CPMF, en 1996, y su vinculación a la salud, y 2) la enmienda constitucional que introdujo la vinculación de los recursos del presupuesto en todos los niveles de gobierno a la salud (EC 29/00).

El análisis de las fuentes de financiamiento del gasto federal de salud entre 1993 y 1998 demuestra que las contribuciones sociales son las principales fuentes de financiamiento durante este período, representando entre el 42% y el 69% del gasto federal en salud.

Hasta 1993, dos contribuciones sociales (la de los empleados y empleadores a la seguridad social y la incidente sobre la facturación bruta de las empresas) desempeñaron un importante papel en la sustentación del sistema de salud. A partir de 1994, las contribuciones de los empleados y empleadores pasaron a ser fuentes exclusivas del financiamiento de prestaciones de previsión social. Ese año se creó el Fondo de Estabilización Fiscal (FEF)¹, el cual fue determinante para complementar las necesidades de financiamiento del sector salud en 1994.

En 1996, las contribuciones sobre la facturación bruta y las ganancias netas fueron las principales fuentes de financiamiento de la salud, mientras que a partir de 1997 la CPMF y la contribución sobre la facturación pasaron a ser las principales fuentes de recur-

¹ Inicialmente creado con el nombre de Fondo Social de Emergencia, el FEF tenía como objetivo desvincular el 20% de los recursos de todas las fuentes fiscales y contribuciones sociales, con miras a aumentar la libertad de asignación de recursos del gobierno en el financiamiento de prioridades gubernamentales no cubiertas por las fuentes y los mecanismos tradicionales de elaboración del presupuesto. Dicho fondo se encuentra en vigencia hasta hoy y durante 1994 fue la principal fuente de financiamiento del gasto federal en salud.

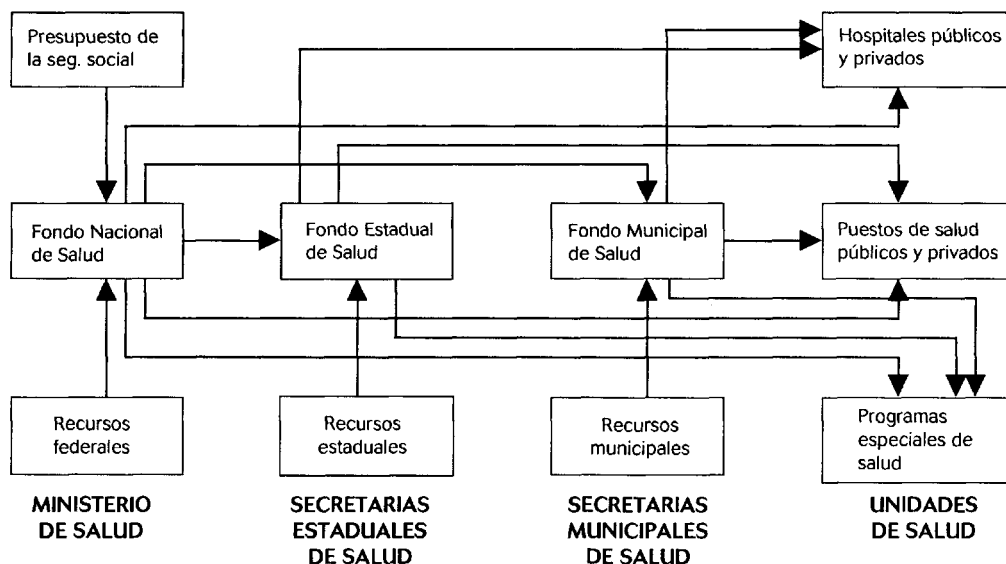
sos públicos para la salud. Se espera que, en 2001, la CPMF deje de ser una contribución provisoria y se convierta en impuesto permanente.

Las operaciones de crédito, tanto internas como externas, han sido poco relevantes en el financiamiento del gasto en salud en Brasil. Hay que destacar que, en 1985 y 1996, el Ministerio de Salud solicitó préstamos a corto plazo del Fondo de Amparo al Trabajador (FAT) con miras a financiar gastos corrientes, lo que explica el alto porcentaje de gasto en operaciones internas de crédito en estos dos años.

FLUJOS FINANCIEROS DEL GASTO PUBLICO EN SALUD

Una vez constituido el presupuesto federal para el sector, se establece un flujo financiero que determina la secuencia de traspaso de recursos del nivel federal a las esferas locales de gobierno (estados y municipios), los cuales se suman a los recursos fiscales de base estadual o municipal para componer la canasta de financiamiento local de la salud. Estos recursos se destinan básicamente al pago retroactivo de acciones y servicios de salud públicos y privados contratados (del sector con fines de lucro y filantrópico), así como de los servicios ambulatorios y de los programas especiales de salud. La figura 4.1 muestra el flujo de recursos financieros públicos para el sector salud en Brasil.

Figura 4.1. Recursos financieros del sector salud en Brasil



El actual modelo de financiamiento del gasto público en salud se basa en los fondos de salud (nacional, estatales y municipales), que funcionan como cajas únicas de recursos en cada nivel de gobierno. Estos fondos son responsables por el origen y el destino de todos los recursos financieros del sistema y son la espina dorsal de la estructura de traspaso de recursos entre el gobierno nacional, los estados y los municipios. El Fondo Nacional de Salud (FNS), por ejemplo, recibe recursos del presupuesto de la seguridad social y de impuestos federales y los encauza hacia los fondos estatales y municipales de salud, además de traspasarlos también directamente a proveedores de servicios (hospitales, ambulatorios, etc.). Los fondos estatales de salud (FES) reciben transferencias del FNS y recursos propios de los estados², que se encauzan a los municipios y los proveedores de servicios. Los fondos municipales de salud (FMS) reciben transferencias tanto del FNS como de los FES, además de recursos fiscales municipales³ que se encauzan directamente a proveedores de servicios.

Este flujo de financiamiento presenta algunos problemas que llevan a que no se establezca una jerarquía clara entre las instancias de decisión sobre el destino de los recursos. Como muchos estados y municipios no logran cumplir, a corto plazo, todas las condiciones necesarias para la gestión plena de los recursos, se mantienen relaciones directas de pago entre los fondos (FNS, FES y FMS) y los proveedores de servicios, las cuales son conocidas en las obras de economía sanitaria como “relación del tercero pagador”.

La relación del tercero pagador funciona de la siguiente forma: el gobierno transfiere recursos directamente a las cuentas bancarias de los establecimientos públicos y privados de salud, con miras a que estos recuperen el costo de los servicios proporcionados y costeados por los mismos, según la información presentada en los formularios de autorización de internación hospitalaria (AIH) o de autorización de servicios ambulatorios llenados y remitidos para su cobro. Los estados y municipios (si se encuentran en gestión plena del SUS) o el gestor local del Ministerio de Salud realizan auditorías ex post por muestreo de los servicios cobrados por los distintos proveedores, mediante una revisión y chequeo de los formularios previamente llenados, a fin de detectar incongruencias que puedan justificar una eventual anulación de los pagos a ser efectuados. Sin embargo, los usuarios no saben si

² Los recursos de los estados están constituidos por el Fondo de Participación de los Estados (FPE), que es una transferencia automática de recursos de la base tributaria del gobierno federal y de los impuestos de base estadual, de los cuales el principal es el impuesto sobre la circulación de mercancías y servicios (ICMS), que se aplica sobre la venta de productos.

³ La base de recaudación municipal está constituida por el Fondo de Participación de los Municipios (FPM), que es una transferencia automática de recursos de la base tributaria del gobierno federal, de transferencias estatales del ICMS y de impuestos de base municipal, de los cuales los principales son el impuesto sobre la propiedad urbana y rural y el impuesto sobre servicios.

los servicios declarados y cobrados por los proveedores de servicios fueron los que se proporcionaron y el agente pagador no tiene los medios necesarios para verificar si el pago reclamado correspondió a los servicios efectivamente prestados a los usuarios.

Durante los años ochenta y a comienzos de los noventa, este proceso generó dos tipos de comportamiento de los proveedores de servicios: a) el desinterés por llenar correctamente los formularios, ya que no eran revisados, y b) el crecimiento de los fraudes (reclasificación de pacientes para procedimientos más caros, cobro de cargos a los usuarios, entrega de AIH falsas, etc.) como forma de compensar las bajas sumas recibidas por los servicios que se indican en los cuadros de aranceles del Ministerio de Salud, en los cuales muchos de los procedimientos son valorados por debajo del costo. En 1995 una investigación realizada por el Ministerio de Salud concluyó, a partir de una muestra de los pagos realizados a los proveedores por medio del sistema de AIH, que 46% fueron realizados de forma irregular.

Con la estabilización de los precios, a partir de 1996, la desactualización de los aranceles dejó de ser un problema, lo cual impulsó un proceso de reducción de fraudes como consecuencia del pago de precios más adecuados por los servicios. Por otro lado, desde 1999, la Secretaría de Acciones de Salud del Ministerio instituyó un mecanismo a través del cual se ejerce un mayor control sobre los fraudes (véase el recuadro 4.1).

FORMAS DE PAGO ASOCIADAS A LOS FLUJOS DE FINANCIAMIENTO

Desde mediados de los años noventa, el SUS ha generado un complejo conjunto de mecanismos de pago y transferencia de recursos a los estados y municipios. Buena parte de estos mecanismos fueron definidos a partir de la publicación de la Norma Operacional Básica de 1996 (NOB96), la cual establece nuevas reglas para el financiamiento de los servicios de salud en el ámbito del SUS (véase el cuadro 4.2).

Existen seis tipos de mecanismos de pago por servicios de salud en el SUS:

a) El primero es el pago directo a proveedores por el Ministerio de Salud. Dichos gastos son subsidios a la oferta que se realizan a través de reembolsos de los recursos gastados por los proveedores públicos y privados que prestan servicios a partir de la demanda de la población. Esta forma de remuneración de los servicios, también conocida como pagos prospectivos por diagnóstico (grupos con diagnósticos afines), puede estar asociada a las internaciones hospitalarias y los gastos con atención ambulatoria de una red de proveedores acreditada por el SUS. La diferencia entre los grupos con diagnósticos afines existentes en los países desarrollados y los utilizados en Brasil es que los primeros son frecuentemente revisados y reajustados en función de pruebas clínicas y estudios de costo-eficacia de los procedimientos, lo que no ocurre en Brasil, donde los aranceles están constantemente desfasados y los reajustes no se basan en pruebas fehacientes de

Recuadro 4.1. Nuevo mecanismo de control de fraudes en el SUS

Desde 1999, la Secretaría de Acciones de Salud del Ministerio de Salud estableció un sistema de control de fraudes que se basa en lo siguiente:

- Se envían cartas a los pacientes internados en el SUS, donde se les informa de la suma cobrada por el procedimiento realizado, el período de internación, cargos especiales pagados, como cargos de unidades de terapia intensiva (UTI), prótesis y materiales especiales, como marcapasos, etcétera.
- Las cartas contienen un formulario para respuesta (con franqueo pago) con preguntas destinadas a evaluar el grado de satisfacción de los usuarios y un espacio para realizar denuncias con un número de teléfono 0800.
- Entre 1999 y 2000 fueron encaminadas 2,5 millones de cartas. De estas, 22.700 tuvieron respuesta: 7.000 con denuncias, 2.600 con reclamos y las demás con comentarios diversos, entre ellos el grado de satisfacción con el servicio prestado.
- Las denuncias son encaminadas a los gestores para identificar las responsabilidades y aplicar las sanciones correspondientes. Se da seguimiento a cada uno de los resultados, que están disponibles en Internet.
- Del total de denuncias, 48% llevaron al resarcimiento de cobro indebido de 532 usuarios del SUS. Con base en las mismas denuncias, cuatro hospitales fueron excluidos de la lista de proveedores de servicios del SUS, 17 fueron suspendidos y 198 advertidos.

El Ministerio de Salud se encuentra en vías de extender el mismo procedimiento a los servicios ambulatorios de tecnología avanzada. Aunque este mecanismo representa un avance con relación a la tradicional auditoría ex post de procedimientos, genera bajos incentivos para que los pacientes respondan al cuestionario, con excepción de los casos en que los usuarios denuncian un cobro indebido.

los costos, sino en negociaciones políticas entre grupos que defienden intereses especiales y el gobierno, lo cual genera distorsiones que pasan a incentivar la subprestación o sobreprestación de servicios en algunas especialidades y procedimientos.

b) El segundo mecanismo de gasto es la transferencia directa a los estados o municipios que se encuentran en gestión plena del SUS⁴. Dichos recursos son transferidos a los estados y municipios en forma de sumas fijas asignadas a los gobiernos locales para el pago de servicios hospitalarios y ambulatorios, basadas en presupuestos anteriores y en la programación de gastos futuros pactada entre estados, municipios y el gobierno federal. Además de dichos recursos, el Ministerio de Salud transfiere fondos, sobre la base de incentivos adicionales, para procedimientos de gran complejidad, trasplantes de órganos,

⁴ Los municipios que se encuentran en gestión plena del SUS son los que cumplen un conjunto de requisitos que les confieren autonomía para gestionar todos los recursos del SUS en su territorio.

Cuadro 4.2. Síntesis de los mecanismos de gasto y transferencias de recursos del gobierno federal a los estados y municipios para el financiamiento de la salud en Brasil

Categoría	Mecanismo de pago o transferencia	Forma de pago	Responsable	Comentarios
Gastos directos del gobierno federal en los estados y municipios				
Autorización de internación hospitalaria (AIH)	Reembolso: transferencia directa del FNS a la cuenta bancaria del proveedor	Pago prospectivo basado en el diagnóstico (del gobierno federal al proveedor del servicio)	Gobierno federal	Incentivan la sobreprestación de servicios y la selección adversa de procedimientos por los proveedores.
Pago de procedimientos ambulatorios				
Transferencias a los municipios que se encuentran bajo gestión plena del SUS				
Transferencias a la atención hospitalaria y ambulatoria	Asignación de sumas fijas: transferencia del FNS al Fondo Municipal de Salud (FMS) según la programación acordada entre el MS y los municipios	Pago prospectivo basado en el diagnóstico (del gobierno municipal al proveedor del servicio)	Municipio	Incentivan la sobreprestación de servicios y la selección adversa de procedimientos por los proveedores. Hay topes para los gastos por municipio.
Compensación financiera por intervenciones quirúrgicas y procedimientos especiales	Asignación de sumas fijas: aumento de los aranceles de la AIH cuando se realizan los procedimientos incentivados			Incentivan la sobreprestación de servicios y la selección adversa de procedimientos por los proveedores. En estos casos no hay topes para los gastos por municipio.
Programas especiales de promoción y prevención	Asignación de sumas fijas: aumento de los aranceles de servicios ambulatorios cuando se realizan los procedimientos incentivados			Incentivan la sobreprestación de servicios de programas de promoción y prevención, lo cual puede ser positivo por los efectos en la reducción futura de gastos en atención médica curativa.
Transferencias a los estados para la acción en los municipios				
Medicamentos especiales para enfermedades crónicas	Asignación de sumas fijas: transferencia según la programación de cada estado	Pago prospectivo asociado a diagnósticos que justifiquen el uso y el suministro de los medicamentos	Estado	—
Vigilancia sanitaria	Asignación de sumas fijas: transferencia según la programación presentada por los estados para la acción en los municipios	Se espera algún nivel de contrapartida de recursos de los estados		—
PACS estadual	Valor fijo por agente comunitario de salud (ACS) contratado según la programación	Pago por agente		El incentivo se asocia a la oferta de ACS y no a la mejora de los servicios según metas pactadas.

(continúa)

Cuadro 4.2. (Continuación) Síntesis de los mecanismos de gasto y transferencias de recursos del gobierno federal a los estados y municipios para el financiamiento de la salud en Brasil

Categoría	Mecanismo de pago o transferencia	Forma de pago	Responsable	Comentarios
Farmacia básica del SUS	Donaciones de contrapartida asociadas al gasto per cápita de R\$2,00 por año	Apertura de cuenta con la transferencia y contrapartida correspondiente	Estado	Los medicamentos están asociados a las patologías y acciones cubiertas por el PAB.
Medicamentos para la salud mental	Asignación de sumas fijas: transferencia según la programación presentada por el municipio	Pago prospectivo asociado al diagnóstico que justifique el uso y el suministro de los medicamentos		—
Control de enfermedades transmisibles	Asignación de sumas fijas: transferencia según la programación presentada por el estado	Se espera algún nivel de contrapartida de recursos de los estados		
Transferencias a los municipios para acciones básicas de salud				
PAB fijo	Asignación de sumas fijas basadas en un valor per cápita anual de R\$12,00	Transferencia realizada según la programación	Municipio	Los controles se asocian al cumplimiento de procedimientos y no a resultados.
PACS municipal	Valor fijo por agente comunitario de salud (ACS) contratado según la programación	Pago por agente		El incentivo se asocia a la oferta de ACS y no a la mejora de los servicios según metas pactadas.
PSF	Valor fijo por equipo de salud de familia contratado según programación	Pago por equipo contratado		El incentivo se asocia a la oferta de equipos de salud de familia y no a la mejora de los servicios según metas pactadas.
Vigilancia sanitaria	Asignación de sumas fijas: transferencia según la programación presentada por el municipio	Partida presupuestaria según la programación		
Programa de lucha contra las carencias nutricionales	Asignación de sumas fijas: transferencia per cápita según la población beneficiaria identificada	El municipio se encarga de comprar los alimentos y distribuirlos a beneficiarios focalizados		Dicho programa será sustituido por la Bolsa de Alimentación, que es un subsidio monetario per cápita para las familias beneficiarias, a cuyos indicadores de salud y nutrición se dará seguimiento.
Farmacia básica del SUS municipal	Donaciones de contrapartida asociadas al gasto per cápita de R\$2,00 al año estado	Apertura de cuenta con la transferencia y contrapartida correspondiente		Los medicamentos están asociados a las patologías y acciones cubiertas por el PAB.

(continúa)

Cuadro 4.2. (Continuación) Síntesis de los mecanismos de gasto y transferencias de recursos del gobierno federal a los estados y municipios para el financiamiento de la salud en Brasil

Categoría	Mecanismo de pago o transferencia	Forma de pago	Responsable	Comentarios
Control de enfermedades transmisibles	Donaciones de contrapartida: transferencia según la programación presentada por el estado	Se espera algún nivel de contrapartida de recursos de los estados	Municipio	---
Otras transferencias a estados y municipios				
Descentralización de las actividades de la FUNASA	Donaciones de contrapartida: transferencia de recursos equivalentes a seis meses de cobertura de los costos recurrentes de la unidad de salud	Incorporación de los recursos al presupuesto de la Secretaría de Salud	Estado o municipio	Exige un esfuerzo fiscal para garantizar recursos del presupuesto en los años siguientes.
FIDEPS	Donaciones de contrapartida: adicional al arancel de la AIH para las actividades de enseñanza en el establecimiento	Pago prospectivo asociado al tipo y la cantidad de procedimientos realizados en la unidad		Incentiva la sobreprestación de servicios de los proveedores.
IVHE	Donaciones de contrapartida: aumento de los aranceles de la AIH para procedimientos de urgencia en hospitales de la red del SUS	Pago prospectivo asociado al tipo y la cantidad de intervenciones quirúrgicas o procedimientos incentivados		Incentiva la sobreprestación de servicios de los proveedores.

intervenciones quirúrgicas de catarata, próstata, várices y oncología. Con esto se incentiva el uso de tecnologías avanzadas sin la correspondiente racionalidad, en detrimento de recursos que podrían ser encauzados a la atención básica, la promoción y la prevención.

c) En tercer lugar se encuentran los programas especiales de promoción y prevención, que consisten en incentivos remunerados adicionales para acciones en los municipios asociadas a los programas de prevención del cáncer de cuello uterino, la tuberculosis y la diabetes, además de terapias renales sustitutivas.

d) En cuarto lugar se encuentran las transferencias a los estados para las acciones en los municipios asociadas al pago de medicamentos especiales para pacientes crónicos, vigilancia sanitaria, programas de salud de la familia (PSF) y agentes comunitarios de

salud (PACS), farmacia básica del SUS (PAF), compra de medicamentos para salud mental, control de enfermedades transmisibles y vigilancia epidemiológica.

e) En quinto lugar se encuentran las transferencias directas a los municipios para acciones de atención básica de salud, las cuales incluyen los recursos per cápita para el nivel mínimo de financiamiento para la atención básica (PAB), el PACS, el PSF, los programas de vigilancia sanitaria, el programa de lucha contra las carencias nutricionales, el PAF y la lucha contra las enfermedades transmisibles desarrollada por los municipios.

f) Además, hay otras transferencias de recursos especiales a los estados y municipios, destinadas a la descentralización de unidades de la Fundación Nacional de Salud (FUNASA), así como transferencias a los hospitales universitarios de conformidad con el factor de incentivo para el desarrollo de las investigaciones en salud (FIDEPS), que se agrega a los pagos por atención hospitalaria y ambulatoria prestada por estas unidades, y el valor adicional correspondiente al índice de valorización hospitalaria de emergencia (IVHE), multiplicador que se aplica a los aranceles de los procedimientos ambulatorios y hospitalarios realizados en camas de urgencia de los hospitales.

El cuadro 4.2 muestra algunas características de los mecanismos de pago vigentes en el ámbito del SUS ya mencionados.

CONCLUSIONES

Las principales conclusiones de este capítulo son las siguientes:

a) En los años noventa hubo una fuerte inestabilidad en las fuentes de financiamiento del sector salud en Brasil, que generó presiones para aumentar las fuentes de recursos para la salud, como las derivadas del uso de nuevos impuestos (como la CPMF) o de mecanismos de endeudamiento del Ministerio de Salud que recurren a fondos públicos como el FAT. A fines de los noventa, en cambio, se observa una situación de mayor estabilidad con la aprobación de la EC 29/00, que vincula recursos del presupuesto en los tres niveles de gobierno para la salud y garantiza una base mínima de financiamiento sectorial a nivel de los estados. Asimismo, como la magnitud de los presupuestos municipales es muy heterogénea, seguirá siendo importante el papel del gobierno federal en la corrección de eventuales desajustes en el acceso a fondos para el sector.

b) Los flujos de recursos que financian el sistema de salud no generan incentivos para un adecuado control de las prestaciones, ya que se basan en un sistema de tercero pagador. Es necesario expandir el uso de nuevos mecanismos de pago que posibiliten controles más sencillos e incentivos a los usuarios. La mayoría de los incentivos y formas de pago se rigen por la oferta y no por la demanda, incentivando la sobreprestación de servicios, la falta de correspondencia entre necesidades epidemiológicas y oferta de servicios, y la selección adversa.

c) Las actuales formas de pago por los servicios, basadas en su mayoría en incentivos a la oferta (véase el cuadro 4.2), llevan a la sobreprestación.

Las formas capitadas con las cuales se financia la atención primaria, como el nivel mínimo de financiamiento para la atención básica (PAB), que empezaron a ser utilizadas en 1996, indican una tendencia al cambio en el financiamiento de las acciones de salud, como se verá en el capítulo 9.

Página en blanco a propósito

USO DE LOS RECURSOS PUBLICOS PARA LA SALUD

El uso de los recursos para la salud puede ser observado desde dos perspectivas: las categorías económicas de los gastos y las actividades de salud en las cuales se realiza el gasto. Se entiende por categoría económica del gasto cada uno de los rubros presupuestarios en los cuales se realiza el gasto en salud. Desde esta óptica, las principales categorías utilizadas fueron a) gastos corrientes (personal y otros), b) inversión, c) gastos financieros (intereses y amortizaciones de la deuda), d) transferencias y e) otros gastos.

Análogamente, se consideran como actividades de salud los programas de a) atención médica y sanitaria, b) mantenimiento de hospitales universitarios, c) investigación, d) control de enfermedades transmisibles, e) vigilancia sanitaria, f) productos profilácticos y terapéuticos, y g) actividades administrativas.

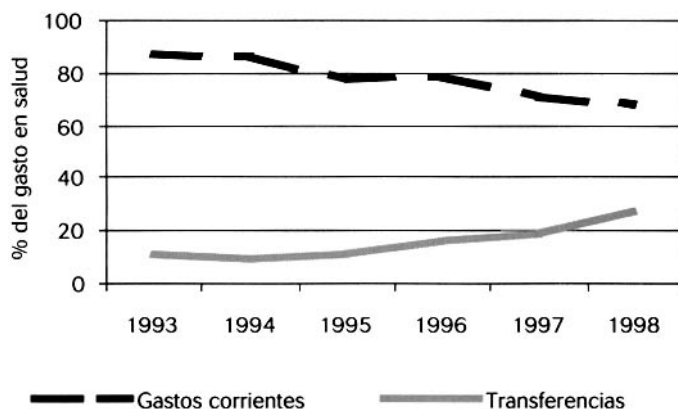
EL GASTO SEGUN CATEGORIAS ECONOMICAS

El cuadro A 19 del apéndice estadístico muestra la evolución de los gastos federales en salud según las categorías económicas del gasto¹. Aunque el gasto corriente continúe siendo el principal rubro del gasto en salud, su participación ha bajado progresivamente en los últimos años, en función de la transferencia de actividades de atención médica a los estados y municipios. El principal rubro en los gastos corrientes del gobierno federal es el gasto en personal (asociado al Ministerio de Salud, hospitales federales y órganos de salud de administración indirecta). Tras una reducción durante el período de 1993 a 1997, aumentaron fuertemente en 1998, aunque representan todavía la cuarta parte del total de los gastos federales en salud. Los demás gastos corrientes del gobierno federal están concentrados en insumos de salud (medicamentos, vacunas, etc.) y gastos de administración.

Durante el período analizado, aumenta el peso de las transferencias, las cuales pasan del 11% al 28% del total del gasto federal en salud entre 1993 y 1998 (véase la figura 5.1). Las transferencias a los municipios fueron el principal factor responsable por este

¹ Se utilizaron las categorías económicas de gasto definidas por el IPEA/DISOC, con base en los datos obtenidos del SIAFI/ME.

Figura 5.1. Evolución de los gastos federales corrientes y de las transferencias federales de recursos a los estados y municipios. Brasil, 1993–1998



incremento de la participación. Por otro lado, el aumento de los gastos financieros entre 1995 y 1997 se asocia al pago de la deuda de corto plazo con el FAT, que se mencionó anteriormente.

EL GASTO SEGUN LA NATURALEZA DE LA ACTIVIDAD²

El gasto en salud se concentra en dos actividades básicas: atención médica y sanitaria, y administración. Dichas actividades representan más del 90% del gasto en salud en todos los niveles del gobierno.

Entre 1994 y 1996, los gastos en atención médica se situaron entre el 68% y el 73% del gasto público total en salud. Los municipios han destinado una parte mayor de sus gastos en salud a la atención médica (entre el 84% y el 90%), en comparación con los estados y el gobierno federal, donde el porcentaje fluctuó entre el 62% y el 71% de sus gastos públicos en salud. Esto refleja un progresivo traspaso de las acciones de atención médica del gobierno federal a los estados y municipios.

Por otra parte, los gastos de administración representaron, durante el mismo período, entre el 20% y el 23% del total del gasto público en salud. Asimismo, los gastos de los municipios en este rubro son menores que los verificados en el ámbito federal y estadual. Es probable que los municipios, recién ingresados en la labor de la administración de

² El análisis de esta sección se basa en los datos del cuadro A 20 del apéndice estadístico.

programas de salud, no tengan sus presupuestos comprometidos con gastos de nómina de personal administrativo, que representan el mayor componente del gasto administrativo. Es necesario que tanto el Ministerio de Salud como las secretarías estatales de salud implementen reformas administrativas que les permitan lograr una gestión ágil y flexible de los programas de salud, tratando de evitar que haya recursos humanos excesivos con relación a las necesidades y, simultáneamente, aumentando la idoneidad del personal para lograr un mejor desempeño en las labores de asistencia técnica a los estados y municipios. Por otra parte, hay que regular el proceso de descentralización para que no aumente los gastos administrativos locales innecesariamente.

Los hospitales universitarios, que se circunscriben solamente al gobierno federal y a los gobiernos estatales, cubren básicamente los costos de mantenimiento de infraestructura, ya que buena parte de los gastos recurrentes en asistencia médica en dichos hospitales han sido financiada con recursos del SUS. Asimismo, dichos gastos han representado una proporción constante del 2,7% del total del gasto en salud durante el período de 1994 a 1996. El nivel federal responde por la mayor parte de este gasto, ya que es responsable por la administración de la mayoría de los hospitales universitarios del país.

Los gastos en investigaciones sanitarias son, de la misma forma, responsabilidad del gobierno federal y los gobiernos estatales, ya que son, en gran medida, una continuación de la actividad universitaria. Aunque representen menos del 1% del gasto público en salud, estos gastos han aumentado, representando cerca de US\$ 130 millones en 1996.

Los gastos en control de enfermedades transmisibles, aunque compartidos por los tres niveles del gobierno, no tienen regularidad, ya que son programados según la necesidad de campañas sanitarias, decisión que compete al nivel central con la participación de las esferas locales de gobierno. Dichos gastos tienen un componente relativamente fijo (programas de vigilancia epidemiológica) y otro que es totalmente variable (campañas de lucha contra enfermedades transmisibles, como dengue, malaria, enfermedad de Chagas, tuberculosis y otras). Así, después de aumentar casi al triple el año anterior, los gastos en esta actividad bajaron de US\$603 millones a US\$159 millones entre 1995 y 1996.

Los gastos en programas de vigilancia sanitaria fueron progresivamente reducidos entre 1994 y 1996, como resultado de una pérdida de dinamismo de la estructura administrativa del Ministerio de Salud para tal actividad. A partir de 1998, con la creación del Organismo Nacional de Vigilancia Sanitaria, dichos programas volvieron a tener dinamismo con una nueva fuente de financiamiento, ya que el Organismo, desde su creación, ha sido financiado integralmente a través del cobro de tasas por la fiscalización y el registro de productos que podrían ser perjudiciales para la salud (alimentos, medicamentos, productos para la higiene personal, etc.). Los estados y municipios también cobran tasas de inspección de actividades que podrían ser perjudiciales para la salud pública, siendo responsables por los permisos de funcionamiento de actividades comerciales. Este compo-

nente de gasto es, en su mayor parte, de responsabilidad municipal, y en menor grado, de los estados. En 1996, los municipios fueron responsables por el 82% de los gastos en vigilancia sanitaria.

Los gastos en productos profilácticos y terapéuticos (básicamente medicamentos e insumos médicos) también han reducido su participación como resultado de la ausencia de una política del gobierno en materia de compra y distribución de medicamentos después del cierre de la CEME³. Así, entre 1995 y 1996, los gastos en dicha actividad se redujeron del 2,7% al 1,7% del total del gasto público en salud. En los últimos años, el gobierno ha definido una política para el financiamiento de medicamentos en el ámbito del SUS, la cual se orienta básicamente a: a) la producción y distribución de productos genéricos, b) la vinculación de la compra y distribución de medicamentos del SUS a una farmacia básica, y c) la transferencia de recursos federales a estados y municipios, en forma de donaciones de contrapartida, para la compra de medicamentos.

La información sobre gastos federales en salud permite alcanzar un mayor nivel de detalle, además de presentarse en una clasificación más cercana a los criterios utilizados en la metodología de cuentas nacionales de salud. El cuadro 5.1 muestra la distribución de estos gastos a partir de una clasificación especial elaborada por técnicos del IPEA. Se puede observar que los mayores niveles de gasto son los que se realizan en atención ambulatoria, atención hospitalaria y salud pública. Los tres rubros en conjunto representaron más del 85% del gasto público federal en salud. Por otro lado, más del 50% del mismo gasto corresponde al pago de servicios proporcionados por terceros, que incluyen los establecimientos públicos y privados proveedores de servicios de salud.

CONCLUSIONES

Las principales tendencias del comportamiento del gasto en salud presentadas en este capítulo son las siguientes:

- a) Durante los años noventa, los gastos corrientes bajan su participación en el conjunto de los gastos federales en salud. Paralelamente, aumenta el peso de las transferencias de recursos a los estados y municipios en el conjunto de los gastos federales.
- b) Las principales actividades en que se concentra el gasto en salud son atención médica y sanitaria (entre el 68% y el 73%) y administración (entre el 20% y el 23%). Asimismo, los gastos de administración pesan más en el presupuesto del gobierno federal

³ La Central de Medicamentos (CEME), creada como órgano del poder público en los años setenta para las tareas de distribución de medicamentos, fue suprimida en 1997 debido a problemas de ineficiencia administrativa y corrupción en la compra y distribución de medicamentos.

Cuadro 5.1. Distribución de los gastos en salud del gobierno federal. Brasil, 1997

Categorías	%
Gastos en atención hospitalaria	35,9
Pagos por servicios de terceros (AIH)	24,3
Personal (sector público)	7,1
Administración (sector público)	1,5
Hospitales propios descentralizados(*)	2,4
Inversión	0,6
Gastos en atención ambulatoria	36,0
Pagos por servicios de terceros (ambulatorio)	27,6
Personal (sector público)	8,1
Administración (sector público)	0,1
Inversión	0,2
Gastos en salud pública	12,8
Personal y administración (sector público)	5,9
Promoción de la salud	0,2
Sangre y hemoderivados	0,0
Lucha contra el dengue	1,3
Prevención del cáncer cervicouterino	0,2
Campañas contra el SIDA	0,5
Vigilancia sanitaria	0,1
Inmunización	0,9
Control de enfermedades transmisibles	0,8
Saneamiento básico	0,5
Lucha contra las deficiencias nutricionales	0,5
Otros	1,9
Gastos en medicamentos	3,1
Personal y administración (sector público)	0,0
Adquisición y distribución	3,1
Infraestructura	0,0
Investigaciones científicas aplicadas	2,2
Personal y administración (sector público)	1,5
Mantenimiento	0,3
Insumos	0,2
Inversión	0,2
Pago de deudas financieras	9,5
TOTAL – (US\$14.873,3 millones de diciembre de 1998)	100,0

Fuente: IPEA (elaboración Sergio Piola y André Nunes).

(*) El MS gestiona tres hospitales descentralizados: Instituto Nacional del Cáncer, Pioneras Sociales y Grupo Hospitalar Conceição.

que en el presupuesto de los municipios, ya que estos todavía presentan estructuras administrativas más flexibles, con menor grado de utilización de personal administrativo. Por este motivo parece más razonable descentralizar el gasto en salud como medio para aumentar la eficiencia, reducir gastos innecesarios en personal administrativo y concentrar el presupuesto en los gastos de promoción, prevención y atención de salud.

c) Los gastos en vigilancia sanitaria y en productos profilácticos y terapéuticos disminuyeron su participación en el presupuesto federal de salud entre 1994 y 1996. Esa reducción fue acompañada en parte por la descentralización de dichas actividades. En efecto, los municipios ya respondían en 1996 por el 82% de los gastos públicos en vigilancia sanitaria.

DISTRIBUCION REGIONAL DEL GASTO EN SALUD

ASPECTOS METODOLOGICOS

Hay tres formas de considerar la distribución regional del gasto en salud: a) el origen de los recursos, b) la responsabilidad por el gasto y c) el destino final de los recursos. Los conceptos de responsabilidad por el gasto y origen de los recursos fueron presentados en el capítulo 2. El nuevo concepto a ser introducido es el de destino final de los recursos, el cual señala el espacio territorial (estado o municipio) donde se produjo el gasto de todos los niveles de gobierno. Para entender este concepto es necesario tomar en cuenta algunas características específicas:

a) El concepto se aplica solamente a efectos de contabilizar el gasto en los estados. Por lo tanto, no hay un gasto federal desde la óptica del destino final de los recursos, sino solamente un gasto aplicable a los estados y municipios donde se efectuó el gasto federal. Aunque supuestamente es posible conocer los gastos de los municipios, no hay información desagregada disponible que permita identificar los gastos en salud del gobierno federal (y también de los gobiernos estatales) en los municipios.

b) Parte del gasto federal (especialmente el realizado en actividades administrativas o de naturaleza institucional central) no puede ser considerado como gasto correspondiente a un destino determinado. El gasto en personal del Ministerio de Salud en Brasilia, por ejemplo, no puede ser considerado como gasto de un estado o municipio. Por lo tanto, solamente los gastos federales con un destino territorial definido (gastos en hospitales y unidades de salud, aunque sean sufragados por el gobierno federal, en distribución de vacunas y medicamentos, en programas verticales de promoción y prevención, en campañas sanitarias, etc.) podrían ser contabilizados como gastos según el destino final de los recursos. El gasto de un determinado estado i desde la óptica del destino final de los recursos $[Gdf_i]$ será dado por:

$$Gdf_i = Gfd_i + (Ge + Gm_j)_i \quad (3), \text{ donde:}$$

Gfd_i = gasto federal en salud realizado en el estado i ;

Ge = gasto estadual en salud con recursos propios del estado i ;

Gm_j = gasto municipal en salud con recursos de los municipios j del estado i .

El Gfd_i , por otro lado, puede ser entendido como la suma de tres componentes: el gasto federal en salud gestionado por el gobierno federal pero desembolsado en las actividades relacionadas con el estado, las transferencias federales negociadas a los estados y las transferencias federales negociadas a los municipios. Así:

$$Gfd_i = Gfe_i + Tfe_i + \Sigma(Tfm)_i \quad (4), \text{ donde:}$$

Gfe_i = gasto federal en salud administrado por el gobierno federal pero realizado en el estado i ;

Tfe_i = transferencias federales negociadas para el estado i ;

$\Sigma(Tfm)_i$ = suma de las transferencias federales negociadas para los municipios j del estado i .

Para los usuarios, la óptica del destino final de los recursos es la que realmente importa, ya que puede medir la diferencia entre el total de los recursos públicos disponibles para la salud en cada estado o región, indicando las desigualdades en la aplicación de los recursos.

EL GASTO PUBLICO TOTAL DE LOS ESTADOS EN SALUD

El cuadro A 21 del apéndice estadístico muestra la agregación de los gastos en salud del gobierno federal en los estados (incluidas las transferencias) con los gastos propios en salud de los estados y municipios. La suma constituye el gasto público total en salud en los estados, según el destino final de los recursos. Dicho cuadro permite llegar a algunas conclusiones sobre el comportamiento del gasto público en salud:

a) Los gastos federales son el mayor componente del gasto público en salud en todos los estados. Dicha participación es mayor en los estados de las regiones más pobres, como el nordeste, donde alcanza el 61% de participación, y menor en las regiones más ricas, como el sudeste, donde llega al 45%. Asimismo, existen grandes discrepancias regionales en dicha participación. En la región norte, la dependencia del financiamiento federal puede variar del 96% (Rondônia) al 28% (Amapá). En el nordeste, la dependencia varía del 75% (Maranhão) al 45% (Sergipe); en el sudeste, del 71% (Rio de Janeiro) al 35% (São Paulo); en el sur, del 64% (Rio Grande do Sul) al 51% (Paraná); y en el centro-oeste, del 61% (Distrito Federal) al 29% (Mato Grosso do Sul). En este sentido no hay ninguna relación entre el grado de desarrollo económico del estado y la dependencia del nivel federal del financiamiento, ya que tanto los estados más pobres como los más ricos pueden presentar niveles similares de dependencia financiera del gobierno federal.

b) En contraste, la participación municipal en el financiamiento es mayor en los estados de la región sudeste, sur y centro-oeste, donde los municipios contribuyen más que los estados al financiamiento de los presupuestos públicos de salud. En Mato Grosso do Sul, por ejemplo, la participación de los municipios en el financiamiento de la salud (que llega al 49%) es mayor que la del propio gobierno federal. En cambio, en la región norte, con excepción de los estados de Acre y Roraima, la participación estadual es inferior al 10%.

c) La participación de los estados en el financiamiento del gasto en salud ha sido mayor en la región norte. En 1996 dicha participación llegó a casi el 40% del total de los gastos de dicha región, alcanzando al 70% en Amapá, al 49% en Amazonas y al 45% en Acre. En otros estados de menor ingreso de otras regiones, como Sergipe y Espírito Santo, dicha participación fue superior al 35%. Lo mismo pasó en el Distrito Federal, pero hay que destacar que, en este caso, los ingresos de esta unidad federada dependen en gran medida de transferencias del gobierno federal.

d) Hay que destacar que, en el caso de las regiones norte y nordeste, hay gastos federales que son difíciles de asignar a nivel de estado, ya que atienden a actividades de intervención en el ambiente, como las campañas sanitarias y las estrategias verticales de lucha contra vectores de enfermedades transmisibles. En la región norte, dichos gastos son inferiores a US\$1,00 por cápita, mientras que en el nordeste alcanzan US\$1,30.

e) En 1996, los gastos públicos totales per cápita en salud correspondientes a ese año, por estado, fueron bastante heterogéneos, situándose entre US\$440 en el Distrito Federal y US\$65 en el estado de Bahía.

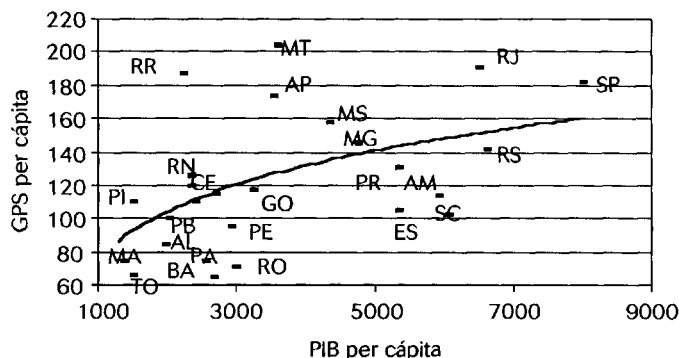
Hay que tener en cuenta que tanto el volumen como la composición del gasto en cada estado ha sido muy volátil en los años noventa y que de la observación de un año no se puede derivar una tendencia. Para buscar una mayor estabilidad en este dato, el cuadro A 22 del apéndice estadístico presenta la evolución del gasto público en salud per cápita entre 1994 y 1996 y el promedio de gastos públicos en salud per cápita en estos tres años.

En líneas generales, hay una tendencia al aumento de los gastos per cápita en salud en todas las regiones del país. El mayor crecimiento se verifica en los estados de la región centro-oeste (21% al año), y el menor, en los estados de la región nordeste y norte (poco más del 5% al año). En términos absolutos, la región centro-oeste y la sudeste son las que presentan mayores gastos públicos per cápita en salud (superiores a US\$150 anuales), mientras que el norte y el nordeste presentan los menores niveles de gasto per cápita (inferiores a US\$85 anuales).

HETEROGENEIDAD DEL GASTO REGIONAL EN SALUD

Considerando el promedio de 1994, 1995 y 1996, se pueden formular algunos comentarios sobre el comportamiento del gasto público per cápita en salud en los estados brasile-

Figura 6.1. Relación entre el gasto público per cápita en salud (GPS) y el PIB per cápita en las unidades de la federación (UF). Brasil, 1996 (en US\$)



ños. En primer lugar, la magnitud del gasto anual per cápita en salud (promedio de 1994 a 1996) es muy heterogénea, situándose entre US\$63 (Bahía) y US\$405 (Distrito Federal). Incluso en el interior de cada región del país existe una gran heterogeneidad. En la región norte el gasto varía de US\$66 (Tocantins y Pará) a US\$204 (Amapá); en el nordeste, de US\$63 (Bahía) a US\$108 (Rio Grande do Norte); en el sudeste, de US\$111 (Espírito Santo) a US\$176 (Rio de Janeiro); en el sur, de US\$95 (Santa Catarina) a US\$113 (Paraná); y en el centro-oeste, de US\$83 (Goiás) a US\$405 (Distrito Federal). Se observa que las regiones más pobres (norte, nordeste y centro-oeste) son mucho más heterogéneas en lo que atañe al gasto en salud que las regiones más ricas (sur y sudeste).

La figura 6.1 muestra la ausencia de una relación definida entre el gasto público en salud per cápita y el producto interno bruto per cápita para 1996 en todas las unidades de la federación. Aun así, en la mayoría de los casos, los gastos públicos en salud per cápita en los estados más ricos tienden a ser mayores que en los estados más pobres. La unidad de la federación que presenta el mayor gasto per cápita en salud (Distrito Federal) es también la que presenta el mayor nivel de ingreso per cápita¹. Las que presentan bajos gastos públicos de salud per cápita (Maranhão, Tocantins, etc.) son las que presentan ingresos per cápita más bajos. Estos datos pueden introducir algunos interrogantes acerca del papel del gobierno en la corrección de desigualdades asociadas al gasto público en salud. Por otro lado, estados que presentan ingresos per cápita relativamente bajos, como

¹ El PIB per cápita del DF fue estimado en US\$9.035 para 1996. Como el gasto público en salud per cápita en 1996 en el DF alcanzó US\$440 (el doble del segundo estado con mayor gasto, que fue Mato Grosso do Sul), su inclusión en la figura 6.2 introduce fuertes cambios en la tendencia observada. Por esa razón, optamos por no incluirlo en dicha figura.

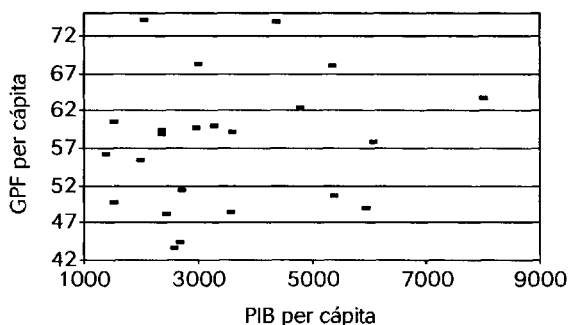
Roraima, Amapá y Mato Grosso, presentan gastos públicos en salud per cápita elevados. Si bien dichos estados presentan una gran dispersión de su población hacia el interior, lo cual aumenta los costos fijos de los sistemas de salud debido a la ausencia de economías de escala y economías de aglomeración, reflejan una mayor preocupación del sector público en proveer más recursos para el sector (aunque no se pueda concluir nada sobre la eficiencia del gasto). La mayor desigualdad se verifica al comparar los estados más pobres del norte (Tocantins, Pará y Rondonia) y nordeste (Maranhão, Paraíba, Bahia, Alagoas y Pernambuco), donde el gasto público ha sido muy bajo. Dichos estados, dada la baja capacidad de recaudación local, deberían ser candidatos a mayores transferencias negociadas del gobierno federal, lo que no se verifica. Está también el caso de estados del nordeste, como Piauí, Ceará y Rio Grande do Norte, los cuales, aunque tienen un PIB per cápita bajo (que en todos es inferior a US\$3.000), mantienen gastos públicos en salud más elevados.

LA EQUIDAD EN LA DISTRIBUCION REGIONAL DE LOS GASTOS FEDERALES

No existen criterios claramente definidos para la repartición de los gastos federales entre los estados. Por esto, es difícil medir el grado de equidad del gobierno federal en lo que respecta al gasto en salud que se realiza de forma directa (red propia y pagos al sector privado contratado) e indirecta (transferencias negociadas a estados y municipios). Un análisis de los diferenciales del gasto federal per cápita en salud entre los estados podrá aportar algunos elementos nuevos para la discusión. En 1996, los mayores niveles de gasto federal per cápita en salud se dieron en el Distrito Federal (US\$268), Rio de Janeiro (US\$176), Rio Grande do Sul (US\$112) y Roraima (US\$90,00). En los demás estados, los gastos federales se situaron entre un mínimo de US\$44 (Bahia y Pará) y un máximo de US\$74 (Paraíba y Mato Grosso do Sul).

Existen, sin embargo, argumentos que podrían explicar los elevados gastos en los cuatro estados donde el gobierno federal presenta mayores erogaciones en salud. En el caso del Distrito Federal, el hecho de que el gobierno federal paga la nómina de funcionarios de salud, además de los funcionarios públicos federales y las fuerzas armadas, sumado a los altos gastos en infraestructura de salud federal, justificarían esta proporción. En el caso de Rio de Janeiro, el hecho de que heredó la red de hospitales del antiguo distrito federal (hoy ciudad de Rio de Janeiro) y cuenta con una amplia red de establecimientos de salud, los cuales en 1996 no habían sido transferidos en su totalidad a la administración del estado por el gobierno federal, explica parcialmente los elevados niveles de gasto federal per cápita en salud. En lo que respecta a Rio Grande do Sul, hay grandes hospitales públicos del Ministerio de Salud, además de hospitales universitarios. En cuanto a Roraima, se podría argumentar que es un estado de frontera

Figura 6.2. Relación entre el gasto público federal (GPF) per cápita en salud y el PIB per cápita en las unidades de la federación. Brasil, 1996 (en US\$)



no ocupada, donde la presencia del gobierno central y de las fuerzas armadas, por razones estratégicas, es mayor.

Dadas sus características especiales, los cuatro estados antedichos no serán considerados en el análisis que sigue, con el cual se tratará de determinar si hay alguna relación entre gastos públicos federales en salud y nivel de ingreso, medido a través del PIB per cápita. Las figuras 6.2 y 6.3 muestran la ausencia de correlación entre la distribución regional de los gastos federales y locales (estados y municipios) en salud y el nivel de ingreso per cápita en cada estado. En otras palabras, nada se puede concluir sobre el grado progresivo o regresivo del gasto público cuando se lo correlaciona con la variable "ingreso per cápita".

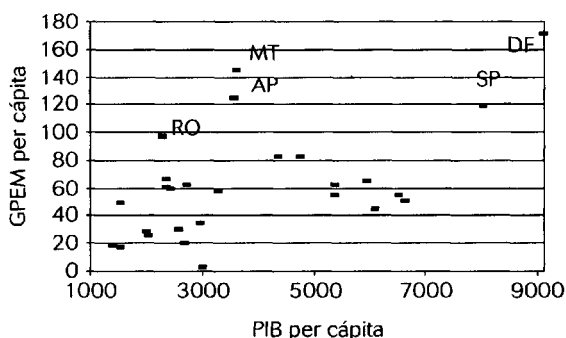
El gasto público local (estados y municipios) ha tenido una mayor contribución aun al carácter regresivo del gasto público total en salud que el gasto público federal, ya que presenta una tendencia de regresividad (los estados más ricos tienden a gastar más en salud que los estados más pobres).

Para evitar que tal regresividad aumente, el gobierno federal, durante los años noventa, redujo su participación en los gastos directos en salud a nivel de los estados y municipios y perfeccionó los criterios de distribución de las transferencias negociadas para la salud a dichas esferas de gobierno, mediante la creación de categorías de gastos donde la distribución se realiza per cápita, como el nivel mínimo de financiamiento para la atención básica (PAB)².

Varios países han implementado criterios de repartición de recursos federales de salud, entre ellos el Reino Unido, a partir de estudios realizados por la Universidad de

² En el capítulo 8 se describen en detalle las formas de repartición de fondos a través del PAB.

Figura 6.3. Relación entre el gasto estadual y municipal en salud per cápita (GPEM) y el PIB per cápita en las unidades de la federación. Brasil, 1996 (en US\$)



York, los cuales incorporan el uso de parámetros demográficos, socioeconómicos y epidemiológicos, con miras a lograr mayor equidad en la distribución de los fondos. La aplicación de dichos criterios en la distribución regional de los gastos en salud en Brasil podría generar mayor equidad en la repartición del gasto federal entre los estados.

RELACION ENTRE GASTOS Y RESULTADOS DEL SISTEMA DE SALUD A NIVEL REGIONAL

Es difícil lograr una medida adecuada de la efectividad de los gastos públicos en salud, ya que existen distintos niveles de necesidad y características de la oferta que introducen sesgos en la organización del sector a nivel regional. Sin embargo, hay consenso en que los buenos sistemas locales de salud son aquellos que consiguen, al menos, presentar indicadores básicos sencillos y representativos, como tasas de mortalidad infantil y tasas de mortalidad materna, como medida de efectividad, especialmente en países en desarrollo. El buen desempeño del sistema en cuanto a estos indicadores depende de la estructura y la calidad de la provisión de servicios básicos de salud, como la cobertura de consultas prenatales y la proporción de partos atendidos en instituciones habilitadas (hospitales). La evaluación del comportamiento de estas variables a nivel local depende de la calidad de la información producida sobre mortalidad infantil y materna.

La forma indirecta de medir la calidad y la cobertura de los sistemas de salud se asocia a la existencia de información precisa y bien clasificada. Es necesario, en este sentido, clasificar adecuadamente las causas de mortalidad en los registros de defunción. La existencia de elevadas proporciones de causas no definidas o mal declaradas de mortalidad y morbilidad en las estadísticas disponibles puede comprometer la calidad de los

procesos de planificación y oferta de servicios que llevarían a mejorar la cobertura y calidad del sistema. Por lo tanto, es necesario perfeccionar el seguimiento y registro de estadísticas básicas, con miras a medir, clasificar y evaluar la morbilidad y mortalidad. Variables como la proporción de defunciones sin atención médica representa un buen indicador indirecto para evaluar la cobertura del sistema de salud.

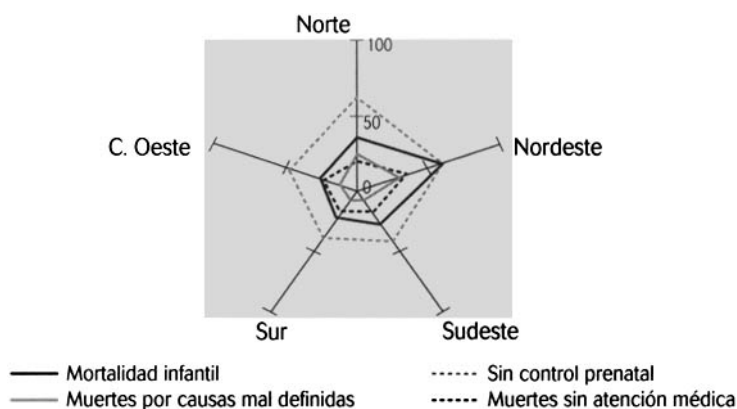
El cuadro A 23 del apéndice estadístico muestra los resultados de algunos de los indicadores mencionados en los dos párrafos anteriores para el conjunto de los estados brasileños. La calidad de muchos de estos indicadores es bastante variable. Los datos de mortalidad infantil, por ejemplo, son considerados de buena calidad y cobertura, lo que no pasa con los datos de mortalidad materna. Reflejan en general las condiciones de salud de cada región y unidad de la federación. Las mayores tasas de mortalidad infantil están asociadas a la región nordeste, que también presenta las menores proporciones de gasto en salud per cápita. Le siguen las regiones norte, sudeste y centro-oeste y el sur, que presentan los menores niveles de mortalidad infantil.

La información sobre mortalidad materna en los registros oficiales del SUS es considerada por los especialistas como de mala calidad. Se estima que existe un bajo registro de muertes maternas en regiones y estados más pobres (en especial el norte y el nordeste), lo que lleva a un fuerte desajuste en este indicador.

Los indicadores de proceso considerados que pueden afectar a la mortalidad infantil son a) los nacidos vivos con más de seis consultas prenatales y b) los partos atendidos en hospitales. Los mejores indicadores de cobertura de consultas prenatales se encuentran en la región sur, seguida del sudeste, centro-oeste, norte y nordeste. En este sentido, los datos presentan la misma tendencia observada en los datos de mortalidad infantil. No se puede decir lo mismo con respecto a los datos relativos al parto en instituciones, ya que la información sobre partos presenta un alto grado de subregistro y registro tardío en las regiones que presentan mayores niveles de pobreza.

Los indicadores de cobertura, correlacionados con la información sobre causas de mortalidad y muertes sin asistencia médica, presentan una variación regional similar a la observada para las otras variables. Las regiones sur y sudeste son las que presentan mejor desempeño en estos indicadores, seguidas por las regiones centro-oeste, norte y nordeste. En todos los casos, la región nordeste es la que gasta menos per cápita en salud y presenta el desempeño más inadecuado.

La figura 6.4 muestra la concentración de los mayores problemas asociados a cuatro indicadores básicos de salud (tasa de mortalidad infantil, porcentaje de nacidos vivos sin el mínimo de seis controles prenatales, porcentaje de muertes por causas mal definidas y porcentaje de muertes sin asistencia médica). Se observa que la mayor concentración de problemas ocurre en la región nordeste, seguida de la región norte.

Figura 6.4. Indicadores de salud por región. Brasil, 1995

El próximo paso consiste en estudiar la correlación entre tasas de mortalidad infantil, por un lado, y variables económicas específicas del sector, como gastos públicos per cápita en salud (figura 6.5) y variables generales, como el PIB per cápita (figura 6.6), por el otro. El análisis permite demostrar que la tasa de mortalidad infantil presenta una correlación mayor con el PIB per cápita y menor con el gasto en salud per cápita. Esto se explica por el hecho de que en las tasas de mortalidad infantil influyen mucho factores externos ajenos al sector salud, como las condiciones de saneamiento básico, la educación de la madre y las condiciones alimentarias y de nutrición, además de otros componentes.

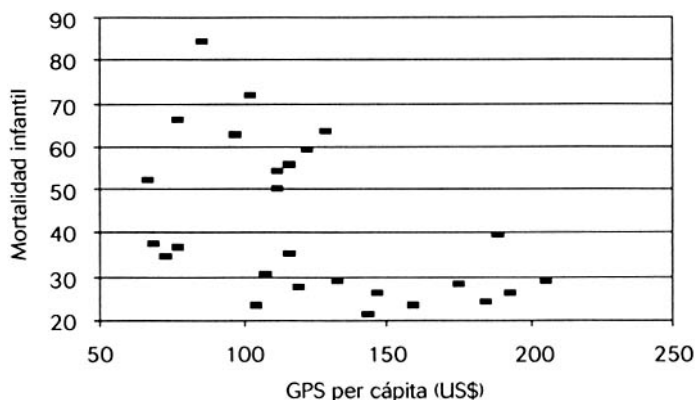
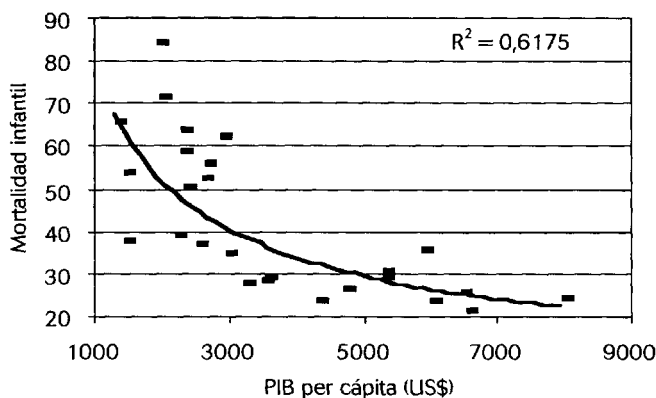
Figura 6.5. Relación entre las tasas de mortalidad infantil y el gasto público en salud (GPS) per cápita por unidad de federación. Brasil, 1996

Figura 6.6. Relación entre el PIB per cápita y las tasas de mortalidad infantil por unidad de federación. Brasil, 1996



Un segundo orden de conclusiones deriva del análisis cruzado entre el comportamiento de las tasas de mortalidad infantil y la proporción de nacidos vivos cuyas madres tuvieron el número adecuado de consultas prenatales. La figura 6.7 muestra que no existe una relación definida entre ambas variables. Aun así, los estados del norte y nordeste, que presentan menor cobertura de controles prenatales, son los que presentan mayores tasas de mortalidad infantil, mientras que ocurre lo inverso en las regiones sur, sudeste y centro-oeste, con algunas excepciones. Por lo tanto, una política que logre aumentar el número de consultas prenatales podría tener efectos positivos en la reducción de la mortalidad infantil.

Figura 6.7. Relación entre las tasas de mortalidad infantil y el porcentaje de nacidos vivos con por lo menos seis consultas prenatales por unidad de federación. Brasil, 1996

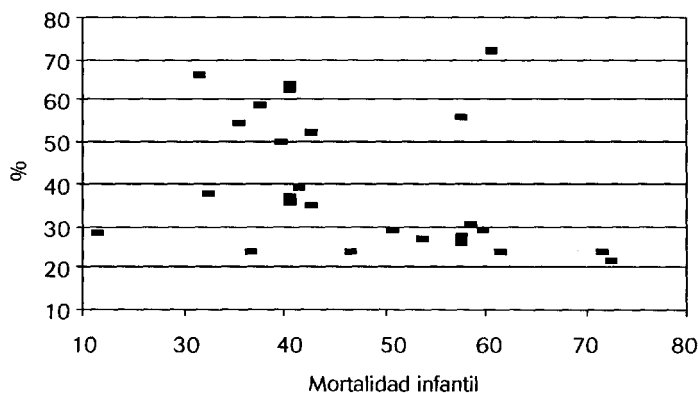
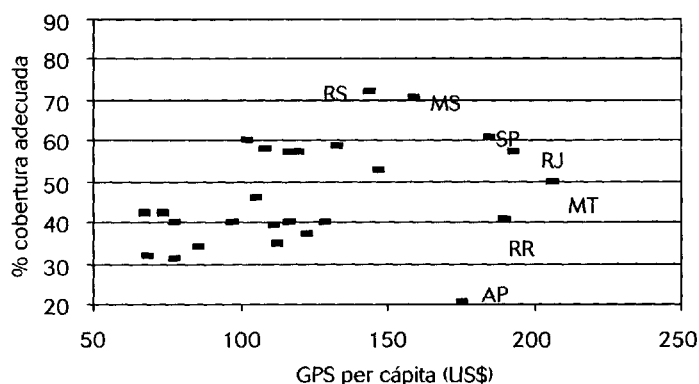


Figura 6.8. Relación entre la cobertura adecuada de procedimientos prenatales y el gasto público en salud (GPS) per cápita por unidad de federación. Brasil, 1996



La figura 6.8 muestra que, en estados con menores gastos en salud (Rio Grande do Sul y Mato Grosso do Sul), la cobertura prenatal es superior a la de otros que tienen gastos más elevados (Mato Grosso, Rio de Janeiro, São Paulo, Roraima y Amapá). Por lo tanto, si la atención maternoinfantil es una prioridad en las políticas de salud, hay que reorientar el gasto de los estados para que logren objetivos de reducción de la mortalidad infantil y materna, lo que requiere no solamente una reorientación de prioridades, sino también una mayor preocupación por la relación costo-eficacia del sistema de salud. La calidad del gasto es más importante que el volumen de gasto.

Finalmente, cabe comentar que hay una fuerte correlación entre el gasto en salud per cápita y la calidad de la información producida por el sistema de salud (figura 6.9), expre-

Figura 6.9. Relación entre el porcentaje de muertes por causas mal definidas y el gasto público en salud (GPS) per cápita por unidad de federación. Brasil, 1996

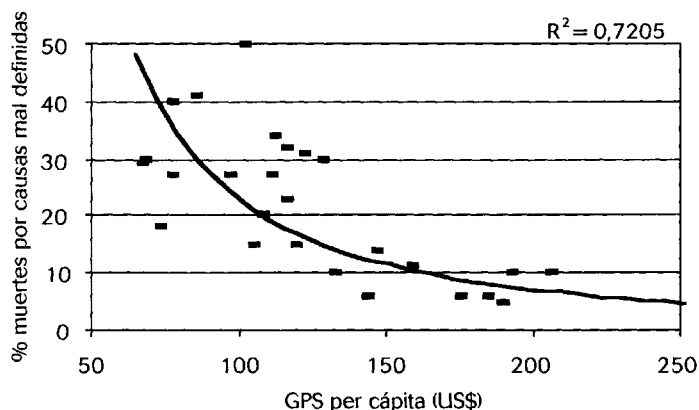
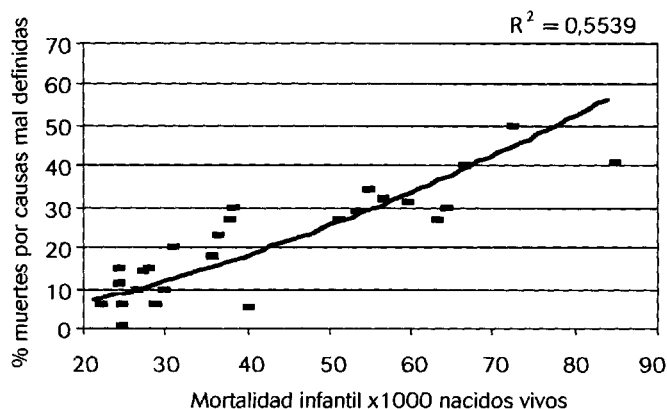


Figura 6.10. Relación entre las tasas de mortalidad infantil y el porcentaje de muertes por causas mal definidas por unidad de federación. Brasil, 1996



sada en la proporción de causas mal definidas o no declaradas de mortalidad en el total de muertes ocurridas cada año. En este sentido, se podría afirmar que los mejores sistemas locales de salud se ubican en los estados que han mantenido los mayores niveles de gasto. Sin duda, también se podría concluir que la mayor disponibilidad y mejora de la calidad de la información aumenta la capacidad para lograr mejores resultados en los sistemas públicos de salud. La figura 6.10 muestra que hay una estrecha correlación entre la magnitud de las tasas de mortalidad infantil y la eficiencia del sistema de información y registro de causas de mortalidad. Así, los estados que presentan sistemas más débiles de información sobre la salud son también los que presentan las más elevadas tasas de mortalidad infantil.

El aumento de los recursos para el financiamiento de los sistemas locales de salud es una condición necesaria, pero insuficiente, para garantizar una buena calidad de los programas de salud. Es importante, sobre todo, usar de forma adecuada los recursos para identificar oportunamente los problemas y utilizar técnicas de promoción y prevención que eviten el deterioro de la salud de la población. Se puede concluir que el montaje de buenos sistemas de información, evaluación y vigilancia epidemiológica (incluido el uso de la epidemiología en los servicios de salud como herramienta de control y evaluación) puede contribuir sobremanera a mejorar la calidad de los programas de salud y evitar muertes prematuras, como se puede inferir de los datos presentados.

CONCLUSIONES

A lo largo de este capítulo se demostró que la óptica del destino final de los recursos es la más apropiada para conocer la dimensión total de los recursos de salud puestos a dispo-

sición de un determinado espacio territorial (estado o municipio). Las principales conclusiones asociadas a este análisis fueron las siguientes:

a) Existe una fuerte discrepancia entre los niveles de gasto público total en salud en cada estado, los cuales se situaron entre US\$440 (Distrito Federal) y US\$65 (Bahia) en 1996.

b) Aunque el gasto federal sea el mayor componente del gasto público, existe una gran heterogeneidad en los niveles de participación federal en la composición del total del gasto en salud en cada estado. En Rondonia, por ejemplo, la dependencia es de 96%, mientras que en Rio Grande do Sul es solamente de 29%.

c) La dependencia financiera de los gastos federales en salud es mayor en los estados más pobres del norte y nordeste. En cambio, los estados del sur y sudeste presentan una mayor participación del gasto de los municipios en los gastos públicos de salud.

d) No hay una correlación entre el gasto público per cápita en salud y el PIB per cápita. Tampoco existe correlación entre las transferencias federales y el PIB per cápita de cada estado. Por lo tanto, no hay ningún sentido de equidad regional en las transferencias asociadas al gasto en salud del gobierno federal a los estados.

e) En cuanto a indicadores de salud, la tasa de mortalidad infantil está directamente correlacionada con la magnitud del PIB per cápita. Por otro lado, no hay correlación entre las tasas de mortalidad infantil y el gasto público per cápita en salud. Por lo tanto, hay otras variables socioeconómicas, además del gasto en salud, que explican el comportamiento de las tasas de mortalidad infantil.

f) Existe, por otro lado, una fuerte correlación entre las tasas de mortalidad infantil y la calidad de los sistemas de registro de información sobre la salud: cuanto mejores son dichos sistemas, menor es la tasa de mortalidad infantil. La calidad de los registros de información sobre la salud puede utilizarse, en este caso, como sustituto del esfuerzo de organización del sistema de salud de cada estado.

g) Por lo tanto, el aumento de los recursos para el financiamiento de los sistemas locales de salud es condición necesaria pero insuficiente para garantizar mejores resultados en los programas de salud. Factores administrativos tales como la mejora de la calidad de la información estadística son decisivos para la mejora de la calidad de la atención de salud.

Página en blanco a propósito

HETEROGENEIDAD DE LOS GASTOS MUNICIPALES EN SALUD

INTRODUCCION

La información sobre el gasto municipal en salud en Brasil es actualmente incompleta. Es posible obtener estimaciones agregadas como las que se presentaron en capítulos anteriores, pero la fuente que promete ofrecer mejores estimaciones del gasto en salud en Brasil es el SIOPS¹, el cual hasta el momento no ha logrado recolectar informaciones sobre ingreso y gasto en salud para la totalidad de los municipios brasileños. Como se ha visto anteriormente, hasta marzo de 2000 el SIOPS recibió información sobre el financiamiento y gasto en salud para cerca de 1.700 de los 5.500 municipios brasileños y 17 de las 27 unidades de la federación, lo que menoscaba el uso del sistema para hacer una proyección nacional de los gastos en salud.

Aunque el suministro de información del SIOPS al Ministerio de Salud es uno de los requisitos para que el municipio sea acreditado en la gestión plena del SUS, muchos municipios, en general los más débiles, no han generado dicha información. Así, la información disponible actualmente en el SIOPS es insuficiente para proyectar el agregado de gastos en salud del conjunto de los municipios brasileños. Su uso, además, podría llevar a una sobrestimación de los gastos en salud si se confirma la hipótesis de que estarían representados solamente los municipios que tienden a gastar más recursos propios en salud.

Los datos del SIOPS abarcan solo los gastos realizados directamente por los municipios, a partir de sus propias fuentes de ingreso y de las transferencias recibidas de los gobiernos federal y estadual. No son computados los gastos directos de otras esferas de gobierno en los municipios. Por lo tanto, no se sabe si los municipios con niveles bajos de gasto, como ocurre con buena parte de los municipios del estado de Rio Grande do Sul, estarían siendo compensados con mayores transferencias de recursos del nivel federal y estadual. Sobre la base de los comentarios anteriores, se pasará a hacer una evaluación de los gastos en salud de los municipios brasileños en 1998, utilizando información recolectada por el SIOPS.

¹ Véase el recuadro 2.1.

NIVELES DE GASTO EN SALUD SEGUN EL TAMAÑO DE LOS MUNICIPIOS

Los datos del SIOPS para 1998 muestran una gran heterogeneidad en los gastos municipales en salud per cápita, los cuales pueden variar de US\$9 a US\$475 anuales, de acuerdo con el tamaño y el ingreso fiscal de cada municipio. El cuadro A 24 del apéndice estadístico muestra los gastos municipales en salud per cápita según el tamaño de los municipios. Los gastos promedio tienden a ser elevados con relación al promedio en los municipios con menos de 5.000 habitantes, en gran medida porque estos municipios reciben mayores transferencias constitucionales per cápita que los demás².

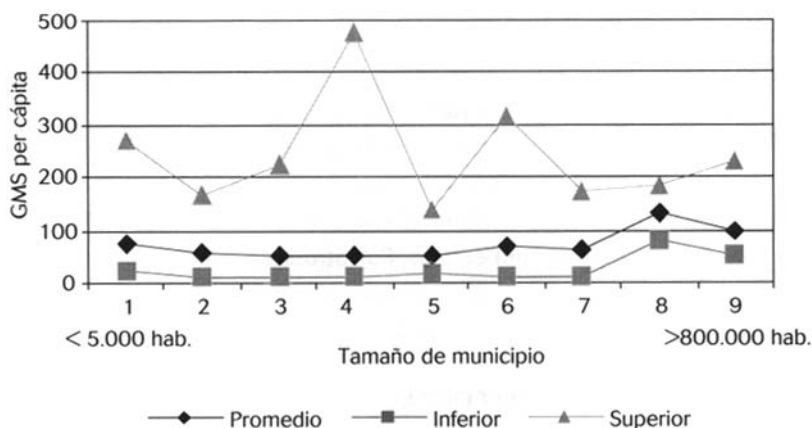
Los gastos en salud per cápita se reducen progresivamente a medida que aumenta la población del municipio, hasta llegar a los 20.000 habitantes. A partir de esta población, los municipios tienden a aumentar los gastos per cápita en salud. Los municipios de porte mediano a grande (entre 400.000 y 800.000 habitantes) son los que presentan gastos promedio per cápita en salud más elevados. La figura 7.1 muestra los gastos municipales promedio en salud según el tamaño de la población municipal, que se presenta en el cuadro A 24 del apéndice estadístico, y sus respectivos límites inferior y superior. Las variaciones entre el gasto promedio y el límite inferior de cada clase de población no son muy expresivas. La menor dispersión entre los límites y el mayor volumen de gasto de recursos propios en salud (en términos absolutos y relativos) se observa en municipios con 400.000 a 800.000 habitantes. La experiencia internacional muestra que las llamadas ciudades de porte medio presentan la escala óptima para operar servicios urbanos (incluidos los de salud) con eficiencia, con la necesaria integración y con mecanismos técnicos y de gestión adecuados e independientes.

PARTICIPACION DE LOS GASTOS EN SALUD EN LOS INGRESOS MUNICIPALES

Los municipios han comprometido recursos de salud que representan del 4% al 67% de los ingresos municipales, según el tamaño de la población. Como la ley de 1998 no fijó

² El sistema tributario brasileño define dos tipos de transferencias de recursos fiscales del gobierno federal a los municipios: las transferencias constitucionales y las transferencias negociadas. Las transferencias constitucionales son automáticas, ya que parte de la recaudación de los tributos federales es transferida directamente a los municipios, según el tamaño de su población. Así, todos los municipios con poblaciones de hasta 12.400 habitantes reciben la misma cantidad. Existen 10 categorías de población, en las cuales aumenta la suma a ser transferida a cada municipio. Los municipios con más de 156.000 habitantes reciben la misma cantidad, y hay mecanismos especiales de transferencia para los municipios que integran las capitales estaduais y áreas metropolitanas. Las transferencias negociadas, como se mencionó anteriormente, son recursos que corresponden a los distintos tipos de política social y son entregados a los municipios de acuerdo a negociaciones entre ellos y los ministerios del caso. Los recursos del SUS entregados a los estados y municipios son ejemplos de transferencias negociadas.

Figura 7.1. Gastos municipales en salud (GMS) per cápita por tamaño de la población municipal. Brasil, 1998 (en US\$ de diciembre de 1998)



límites mínimos de compromiso presupuestario en el gasto en salud, hay muchos municipios que han destinado muy pocos recursos al sector, especialmente entre los de menor porte. En general, los municipios con más de 400.000 habitantes destinaron una mayor parcela de sus ingresos a la salud. Así, el coeficiente de variación de la tasa de participación de los gastos en salud en los ingresos municipales es bastante elevado.

La enmienda constitucional 29/2000 estableció que los estados y municipios tendrán que asignar a la salud el 12% de las transferencias y el 15% de sus ingresos. Sobre la base del cuadro A 25 del apéndice estadístico, es posible afirmar que todas las clases de tamaño de población de municipio, con excepción de la primera, presentan promedios de gastos en salud superiores al parámetro legal establecido por la nueva enmienda constitucional. En el caso de los municipios con más de 400.000 habitantes, todos los que presentaron información al SIOPS gastaron, en 1998, más del 15% del total de sus ingresos en salud.

TASA DE INVERSION EN SALUD DE LOS MUNICIPIOS

La tasa de inversión en salud parece ser inversamente proporcional al tamaño de los municipios. Los datos para 1998 muestran que, cuanto menor es la población, mayor es la tasa promedio de inversión del municipio. Sin embargo, las inversiones realizadas con recursos municipales dependen de muchos otros factores, como las tasas de inversión de los gobiernos federal y estadual.

Las inversiones municipales en salud de los últimos 25 años han sido impulsadas por proyectos nacionales (como el Programa de Interiorización de las Acciones de Salud y Saneamiento del Ministerio de Salud, entre 1976 y 1983) e internacionales (como los Proyectos Nordeste I y II, del Banco Mundial, y recientemente el Programa de Reforma del Sector Salud [REFORSUS] del MS, financiado por el BID y el Banco Mundial desde 1996). En años más recientes este programa ha influido en la adecuación de infraestructura, en especial para acciones básicas de salud en el área maternoinfantil.

Es verdad que hay muchos municipios que no gastan nada en inversiones, particularmente en estados como Paraná y Minas Gerais, donde buena parte de las inversiones ha sido liderada por el gobierno del estado. Por otro lado, en estados como São Paulo y Bahía, las inversiones han sido lideradas por los municipios, ya que el proceso de descentralización y transferencia de responsabilidades a los municipios fue más intenso.

DEPENDENCIA DEL GOBIERNO FEDERAL

Las transferencias federales negociadas para la salud no han tomado en cuenta la participación de los ingresos propios de los municipios. Como hasta el año 2000 no existía ninguna regla que obligara a los municipios a gastar recursos propios en salud, el aumento de las transferencias federales negociadas llevó a muchos municipios a sustituir fuentes propias con transferencias. El cuadro A 27 del apéndice estadístico muestra la gran variación en el grado de dependencia financiera de los gastos en salud municipales respecto de las transferencias federales.

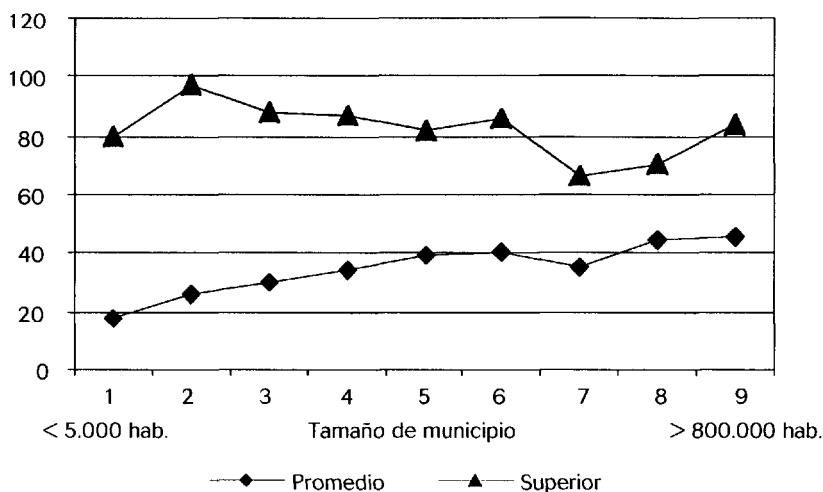
La tasa promedio de dependencia municipal de transferencias federales para la salud es directamente proporcional al tamaño de la población municipal. Como demuestra la figura 7.2, los municipios de menor porte presentan menor dependencia de los recursos del SUS que los de mayor porte, lo que puede deberse a múltiples factores:

- a) en general, los municipios pequeños están en peores condiciones técnicas para ser habilitados por el Ministerio de Salud y recibir transferencias del SUS;
- b) las transferencias constitucionales automáticas a los municipios de menor porte son proporcionalmente mayores que las de los municipios de mayor porte; y
- c) los municipios de mayor porte, cuando reciben recursos del SUS, pasan a destinar recursos propios a otras áreas de la administración pública que no dependen de transferencias negociadas de recursos.

Por otro lado, los límites superiores de dependencia de las transferencias federales tienden a reducirse en los municipios de mayor porte, mientras que aumenta la tasa promedio de dependencia.

La viabilidad financiera para que los municipios gasten más en salud es una cuestión de escala. Los municipios con 200.000 a 400.000 y 400.000 a 800.000 habitantes

Figura 7.2. Tasa de dependencia de las transferencias federales de los municipios según el tamaño de la población. Brasil, 1998



son los que presentan condiciones más favorables, en promedio, para la gestión de programas de salud, ya que son los que tienen mayores gastos en salud per cápita, mayores tasas de participación del gasto en salud en el presupuesto público y menores tasas de dependencia financiera entre los municipios con más de 50.000 habitantes. Por otro lado, presentan bajas tasas de inversión en salud. Como muchos de ellos están en la categoría de capitales de estado, recibieron a comienzos de los años noventa transferencias de la red federal de hospitales y centros de salud, lo que puede explicar la poca necesidad de inversiones adicionales en establecimientos de salud.

Aunque la nueva regla que obliga a los estados y municipios a gastar más en salud representa un avance para lograr más recursos públicos para el financiamiento del sector salud, el establecimiento de un mínimo relativo de gastos para estados y municipios tal vez no sea una política eficiente. Muchos estados y municipios, aplicando eficientemente los recursos, podrían lograr mejoras en sus sistemas de salud sin la necesidad de comprometer los porcentajes mínimos establecidos por la nueva legislación. Lo que importa, en este caso, es premiar el esfuerzo fiscal por gastar más recursos propios en salud cuando sea necesario. Con ese fin, una política de donaciones de contrapartida que vincule las transferencias federales a compromisos reales de más recursos de fuentes propias de los estados y municipios podría ser más eficiente que el establecimiento de porcentajes mínimos del gasto público.

CONCLUSIONES

Las principales conclusiones que relacionan el tamaño de municipio y el gasto en salud son:

a) Los municipios con 400.000 a 800.000 habitantes son los que presentan los mayores niveles de gasto per cápita en salud con recursos propios. Las tendencias internacionales muestran que las ciudades medias tienden a presentar mayores niveles de recaudación de recursos y, al mismo tiempo, más eficiencia en la gestión de programas sociales.

b) Los municipios menores tienden a presentar menor dependencia financiera de transferencias federales negociadas para salud que los de mayor porte, lo que se debe, entre otros factores, a que reciben mayores recursos de transferencias automáticas de impuestos federales.

c) La inversión de recursos propios en salud ha sido proporcionalmente mayor en los municipios de menor porte.

TRANSFERENCIAS DE RECURSOS A PROGRAMAS ESPECIALES

Como se observó en los capítulos anteriores, el eje fundamental de los cambios en el financiamiento de la salud fue el proceso de descentralización, al estimular la autonomía local. Así, las transferencias federales de recursos pasaron a ser uno de los principales mecanismos de financiamiento del sector salud en Brasil, a nivel local. La actual legislación creó el Fondo Nacional de Salud como ente responsable por las transferencias de recursos del Ministerio a otras instancias y entidades públicas o privadas.

Actualmente existen tres modalidades de uso de los recursos federales para el financiamiento de la salud:

1) transferencias de recursos, por medio del Fondo Nacional de Salud, de forma regular y automática, a los municipios, a los estados y al Distrito Federal, según las condiciones, criterios y formas establecidas en las leyes 8.080 del 19 de setiembre de 1990 (Ley Orgánica de Salud) y 8.142 del 28 de diciembre de 1990, el Decreto 1.232 del 30 de agosto de 1994 y la Norma Operacional Básica del Sistema Unico de Salud (NOB) SUS/96. Dichas transferencias son las que financian las acciones y programas básicos de las secretarías estaduais y municipales de salud, además de transferir recursos para programas de atención básica como el PAB;

2) remuneración por servicios producidos, que consiste en el pago directo a los proveedores estaduais, municipales o privados contratados y bajo convenio, contra la presentación de facturas referentes a los servicios realizados conforme a la programación y con previa aprobación del gestor, en conformidad con los topes establecidos en tablas emitidas por la Secretaría de Atención de Salud del Ministerio de Salud; y

3) celebración de convenios o instrumentos similares con órganos o entidades federales, estaduais y del Distrito Federal, así como con alcaldías municipales u organizaciones no gubernamentales, interesados en el financiamiento de proyectos específicos en el área de la salud.

LAS TRANSFERENCIAS DE RECURSOS

Los años noventa se caracterizaron, en el proceso de descentralización de la salud, por la reglamentación de las transferencias de recursos a los estados y municipios, a través de

las NOB del SUS. Durante la década de los noventa se promulgaron tres NOB, en 1991, 1993 y 1996, sobre temas como los siguientes:

a) la definición progresiva de reglas, criterios de elegibilidad y etapas de implementación del proceso de descentralización del financiamiento para que los estados y municipios pudieran, al final del proceso, recibir transferencias automáticas de recursos (denominadas transferencias de fondo a fondo, ya que van directamente del Fondo Nacional de Salud a los fondos municipales o estatales de salud);

b) la reversión de la tendencia a transferir recursos sobre la base del comportamiento anterior, con la introducción de nuevos criterios basados en la definición de prioridades de programación integrada, orientación política (adhesión a los principios y reglas básicas del SUS) y equidad, con miras a aumentar la prioridad de los estados y los municipios según sus objetivos y necesidades. Esto también ha permitido mejorar los mecanismos para establecer topes financieros de recursos a ser transferidos a las esferas locales de gobierno;

c) el establecimiento de mecanismos de rendición de cuentas, contraloría interna y auditoría de los recursos transferidos a las esferas locales de gobierno, con miras a reducir el fraude en el uso de los mismos y garantizar una mayor efectividad en la aplicación de los fondos; y

d) el estímulo al desarrollo de la capacidad de regulación, control, evaluación y auditoría en los tres niveles de gobierno (federal, estadual y municipal), con miras a una efectiva autonomía en la gestión de los recursos a nivel local.

Entre 1996 y 2000 el número de municipios habilitados para gestión plena del SUS (con la cual pueden recibir transferencias de recursos de fondo a fondo) pasó de menos del 30% al 99%, posibilitando un gran número de experiencias exitosas, especialmente en lo que se refiere a los campos de la atención primaria y redes jerarquizadas de servicios de salud.

EL NIVEL MINIMO DE FINANCIAMIENTO PARA LA ATENCION BASICA (PAB)

Durante los años ochenta, las instituciones públicas de salud en Brasil se mantuvieron organizadas bajo un modelo centrado en la atención curativa. A partir de los años noventa este enfoque ha cambiado, observándose una mayor preocupación por la atención primaria de salud. Este cambio es oportuno ya que uno de los grandes factores responsables por el bajo desarrollo de estrategias de atención primaria integradas en la lógica de los sistemas de salud fue la falta de incentivos y mecanismos adecuados de financiamiento.

Los mecanismos tradicionales de financiamiento de la atención médica (hospitalaria y ambulatoria) se basaban en una tabla de aranceles que rige el reembolso de los servicios prestados en cada establecimiento de salud. El establecimiento de topes presupuestarios calculados sobre la base del comportamiento anterior y de proyecciones del

crecimiento de la demanda potencial no impidió que los cambios en las tablas y en la demanda real consumieran la mayor parte del presupuesto de salud, restando recursos a los programas verticales y a las actividades de promoción y prevención.

A la larga, este proceso acabó por aumentar la demanda innecesaria y la posibilidad de fraudes, y no contribuyó a la reducción de los problemas de salud, puesto que no se instituyeron mecanismos adecuados de promoción de la salud y prevención de enfermedades transmisibles y crónicas.

Durante los años noventa, las NOB 91, 93 y 96 crearon nuevos instrumentos que posibilitaron:

a) la transformación de los mecanismos de financiamiento de las acciones ambulatorias y hospitalarias, introduciendo mayor racionalidad y control en las primeras y recuperando las características originales de mecanismos de pago retrospectivo, basados en los aranceles promedios de los procedimientos que integran los grupos con diagnósticos afines en las últimas; y

b) la definición de criterios para aumentar la prioridad del financiamiento de acciones básicas en salud (como fue el caso del nivel mínimo de financiamiento para la atención básica [PAB]), especialmente aquellas respaldadas en los programas de salud de la familia y agentes comunitarios de salud.

Como consecuencia de dichas normas aumentó la atención ambulatoria y se redujo la atención hospitalaria entre 1994 y 1999, como se observó en el capítulo 1. Se puede afirmar incluso que el aumento de la producción ambulatoria se asocia al impulso que han introducido los programas de agentes comunitarios de salud y médicos de familia asociados al nivel mínimo de financiamiento para la atención básica (PAB). El PAB garantiza el financiamiento de un conjunto de medidas de salud de bajo costo y gran eficacia para todos los municipios.

El instrumento de financiamiento del PAB¹ consiste en transferir recursos per cápita fijos a los municipios, complementados por una suma global variable que funciona como incentivo para la realización de acciones prioritarias. En la atención básica se incluyen acciones de asistencia comunitaria, domiciliaria y ambulatoria (vacunación, control de vectores, promoción de la salud, prevención de enfermedades crónicas, etc.). El monto anual per cápita a ser transferido a cada municipio se fijó en R\$12,00 (parte fija), más los complementos que constituyen la parte variable, los cuales pueden elevar los recursos per cápita transferidos del PAB a R\$18,00, de acuerdo con la clasificación de cada municipio.

La gestión del PAB abarca una serie de atribuciones y responsabilidades que se detallan en el recuadro 8.1. Para cada una de las acciones enumeradas, los municipios

¹ El marco legal del PAB es el Decreto 1882/GM del 18 de diciembre de 1997, publicado en el Diario Oficial de la Unión del 22 de diciembre de 1997.

Recuadro 8.1. Acciones comprendidas en el nivel mínimo de financiamiento para la atención básica (PAB)

- Desarrollo de métodos e instrumentos de planificación y gestión municipal de salud, incluidos los mecanismos de remisión de casos a otros niveles.
- Coordinación e implantación del sistema municipal de salud.
- Desarrollo de mecanismos e instrumentos de control y evaluación de la atención básica (rutinas y normas; flujos de control y evaluación; mecanismos de contratación, auditoría y pago de los proveedores de servicios que realizan los procedimientos del PAB contenidos en la tabla SIS/SUS; establecimiento y uso de indicadores de evaluación).
- Acciones básicas de vigilancia sanitaria.
- Administración y desarrollo de recursos humanos para la atención básica.
- Fortalecimiento del control social a través de los consejos municipales de salud.
- Acciones educativas que puedan tener una influencia positiva en el proceso salud/enfermedad y ampliar el control social en defensa de la calidad de vida.
- Acciones orientadas a los grupos de riesgo y los factores de riesgo asociados al comportamiento, alimentarios o ambientales, con el fin de prevenir la aparición o el mantenimiento de niveles elevados de enfermedades evitables.
- Mantenimiento del registro de enfermedades transmisibles y adopción de medidas para prevenir o interrumpir la cadena de transmisión.
- Acciones de control de la calidad de productos y servicios, en especial alimentos y servicios de salud.
- Acciones de control del agua para consumo.
- Atención de casos de urgencia médica y odontológica.
- Incentivos para la lactancia materna.
- Lucha contra las enfermedades inmunoprevenibles, incluida la vacunación antineumocócica y contra la influenza.
- Lucha contra las carencias nutricionales, especialmente en el grupo de 0 a 5 años y en los mayores de 60 años.
- Lucha contra las infecciones respiratorias agudas, especialmente en el grupo de 0 a 4 años.
- Lucha contra las enfermedades diarreicas, especialmente en el grupo de 0 a 4 años.
- Control del crecimiento y del desarrollo, especialmente en el grupo de 0 a 14 años.
- Higiene bucal y prevención de las caries en el grupo de 0 a 14 años.
- Procedimientos quirúrgicos de restauración odontológica en el grupo de 5 a 14 años.
- Control prenatal y del puerperio.
- Lucha contra el cáncer cervicouterino y de mama.
- Planificación familiar.
- Asistencia básica a los afectados por accidentes y enfermedades profesionales y registro adecuado de los riesgos relacionados con el trabajo.
- Combate y tratamiento de la lepra y la tuberculosis.
- Combate y tratamiento de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.
- Lucha contra la obesidad.
- Prevención de caídas accidentales, en especial entre los mayores de 60 años.
- Incentivos a grupos de autoayuda, especialmente para los mayores de 60 años.

han de demostrar al Ministerio de Salud las medidas para iniciar las actividades específicas y, a mediano plazo, los resultados logrados a través de indicadores de progreso.

Los recursos transferidos por medio del PAB sumaron R\$1.700 millones en 1998 y 1999 (US\$1.400 millones), cifra que representó el 11% del gasto federal de salud en 1998. La distribución de los recursos del PAB por estado obedeció a la distribución que se presenta en el cuadro A 28 del apéndice estadístico.

Las diferencias entre los valores per cápita anuales distribuidos en el PAB son muy significativas, con variaciones de hasta 20%. Dichos valores se sitúan entre US\$10,22 (en los estados de Sergipe y Piauí) y US\$8,30 (en Amazonas y el Distrito Federal). Además, cabe observar que las sumas per cápita recibidas por cada estado, aunque dependen de los avances en su proceso de organización de la atención básica, han sido mayores en los estados más pobres del nordeste, lo que confirma el sentido de equidad del programa.

El principal problema que enfrenta el PAB es la falta de capacitación de los municipios para la gestión de la atención básica y la gestión plena de los sistemas de salud municipales. Muchos municipios han sido habilitados sin tener, en la práctica, las condiciones necesarias. La ventaja del PAB es que representa un paso para la sustitución de los cuadros de aranceles para procedimientos con un proceso de asignación per cápita de los recursos. El PAB inaugura un nuevo concepto de atención primaria de salud al cual se suman otros programas complementarios² que se describen a continuación.

PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS DE ATENCION BASICA

Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS) y Programa de Salud de la Familia (PSF)

El PACS y el PSF son las principales estrategias de recursos humanos utilizadas por el Ministerio de Salud para contratar personal necesario destinado a la prestación de los servicios previstos en el PAB. El PACS³ presenta como objetivo básico el desarrollo de acciones orientadas a la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, estableciendo una vinculación entre la comunidad y los servicios locales de salud sobre la base de las unidades familiares.

El PSF representa una etapa avanzada del PACS, ya que tiene como objetivo reorientar el modelo asistencial a partir de la atención básica. El programa se basa en la

² El conjunto de estos programas fue apoyado por el BID a través del préstamo sectorial de reforma y protección social firmado en 1999 y ejecutado en el año 2000.

³ El PACS y el PSF fueron creados mediante la resolución 1886 del Ministerio de Salud del 18 de diciembre de 1987. Sin embargo, recién en la segunda mitad de los años noventa se puso en marcha en forma masiva esta estrategia.

creación de unidades básicas de salud (UBS) estructuradas de acuerdo con los principios de salud de la familia. Cada unidad actúa en la comunidad con un equipo multidisciplinario, integrado por médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y agentes comunitarios de salud. Al mismo tiempo, las UBS se insertan en la red de servicios con miras a garantizar la remisión de casos cuando fuera necesario a un mayor nivel de complejidad tecnológica para la resolución de los problemas de salud detectados por los equipos de salud de familia.

El PACS busca capacitar a corto plazo agentes comunitarios de salud, sin educación superior, para actuar con sus comunidades⁴ en una amplia gama de actividades, entre ellas el registro de familias, el diagnóstico general y la vigilancia sanitaria de la zona, la detección de situaciones críticas que requieran intervención, y la orientación y el seguimiento de las familias. Todas estas acciones buscan mejorar la salud y la calidad de vida de la comunidad. El PSF abarca acciones de mayor envergadura en lo que se refiere a prestación de servicios, promoción y prevención, ya que cuenta con un equipo multidisciplinario de salud que se ocupa de un conjunto mayor de la población. En muchas localidades (especialmente poblados pequeños o comunidades rurales) tal vez no se necesiten UBS, ya que las acciones en el ámbito del PACS serían suficientes para resolver los problemas detectados. Asimismo, los agentes comunitarios trabajarían en estas localidades remotas, teniendo como referencia una UBS situada en un centro urbano de mayor porte.

Los agentes comunitarios de salud son responsables, en promedio, por la atención de 550 personas o 122 familias, mientras que cada UBS (o equipo de salud de familia) se responsabiliza por el cuidado de 766 familias, en promedio, ubicadas en una determinada localidad.

La ejecución, tanto del PACS como del PSF, es responsabilidad del municipio. Para adherirse al programa, es necesario cumplir algunas condiciones establecidas por la Secretaría Estadual de Salud y demostrar que están disponibles los recursos para sostener financieramente el programa. Una vez cumplidas dichas condiciones, el municipio pasa a recibir una transferencia equivalente a R\$2.200 por año para cada agente comunitario capacitado y contratado y a un valor entre R\$28.000 y R\$54.000 por año para cada equipo de salud de familia establecido en una UBS. Dichos recursos pasan a ser incorporados a las transferencias complementarias del PAB. Se trata, por lo tanto, de un subsidio adicional a la oferta.

El municipio es responsable por la selección, capacitación y contratación de los agentes comunitarios de salud y del personal que compone el equipo de salud de fami-

⁴ No hay todavía un proceso definido que determine que los ACS sean elegidos por sus comunidades.

lia. Por lo tanto, tiene que contar con personal de enfermería, instructores y supervisores preparados no solamente para la capacitación, sino también para la operación del programa.

El personal de enfermería se encarga de alimentar el banco de datos del Sistema de Información sobre la Atención Básica (SIAB), creado para registrar las actividades del PAB y las acciones administrativas comprendidas en el PACS y el PSF. Compete a las secretarías estatales de salud prestar asistencia a los municipios en todas las etapas de implantación y ejecución de ambos programas.

Entre 1994 y 1998 el número de agentes comunitarios de salud contratados a través del programa aumentó de 29.000 a 81.000 y la población cubierta pasó de 16,7 millones a 46,6 millones. En lo que se refiere al PSF, a fines de 1998 había 3.500 equipos contratados que atendían a 9,2 millones de personas. El cuadro A 29 del apéndice estadístico presenta el proceso de expansión del PACS/PSF durante el período de 1994 a 1998 y proyecciones para 1999. Se observa que, en 1998, ambos programas gastaron aproximadamente US\$183 millones, monto equivalente a casi el 13% del total de los recursos desembolsados en el marco del PAB.

El principal problema en la implantación del PACS/PSF ha sido la dificultad para formar un cuerpo profesional idóneo para la gestión de sistemas municipales de salud a fin de lograr una mayor eficiencia en el manejo de los recursos y en el alcance de los resultados del programa. Además, existen pocos recursos humanos habilitados para las tareas de capacitación en ambos programas, lo que dificulta todavía más la contratación de personal de ese tipo.

Por otro lado, el PACS/PSF no fue sometido hasta el momento a ninguna evaluación externa (como ocurre con el PROGRESA en México) que permita saber si los eventuales resultados positivos del programa están directamente relacionados con la estrategia adoptada.

Existe, por otra parte, gran heterogeneidad en los sistemas de contratación de personal para el programa. Los municipios que optan por contratar dicho personal como empleados públicos podrán enfrentar en el futuro problemas presupuestarios. En vista de ello, muchos municipios han adoptado modalidades de contratación más flexibles que parecen dar mejores resultados para el tipo de actividad.

Programa de Lucha contra las Carencias Nutricionales (PCCN)

El PCCN es una versión mejorada de programas anteriores de alimentación y nutrición, como el "Programa de la Leche", el cual distribuía leche para familias con niños en edad preescolar, mujeres embarazadas y lactantes. El programa, cuyos clientes siguen siendo los mismos grupos vulnerables, consiste en distribuir un suplemento de leche integral en

polvo o líquida pasteurizada todos los días y un litro mensual de aceite de soya, además de una canasta de alimentos que da prioridad a la compra de productos locales. El programa también promueve la lactancia materna, evalúa el estado de nutrición de los niños, realiza controles de prevención de la hipervitaminosis A y la anemia ferropénica, y proporciona orientación alimentaria.

El marco legal del programa es la Resolución 2.409 del Ministerio de Salud, de 1998, que ofrece incentivos financieros a los estados y municipios para el desarrollo del programa. El Ministerio de Salud transfiere los recursos equivalentes a estos incentivos a los estados y municipios previamente calificados como gestores de la atención básica, como complemento de las transferencias automáticas del Fondo Nacional de Salud al Fondo Estadual o Municipal de Salud.

La cobertura potencial del programa es de 922.500 personas, entre las cuales figuran 614.000 niños de 6 a 23 meses de edad y 307.500 mujeres embarazadas o lactantes malnutridas. Hasta 1998, el programa había atendido solamente a 447.300 personas. En 1998 se gastaron US\$58 millones, y se prevé que dichos gastos podrían elevarse a US\$124 millones en 2001.

Para dar seguimiento al programa y evaluar sus avances, el Ministerio de Salud creó el Sistema de Vigilancia Alimentaria (SISVAN), que da seguimiento al programa mediante indicadores de proceso y de resultado. Entre los indicadores están el número de personas atendidas y el número de municipios que han implementado el programa. La auditoría del programa se realiza por muestreo, a partir de eventuales incongruencias en los indicadores de resultado⁵.

Los principales problemas que enfrenta el programa son a) la dificultad para ampliar y mejorar los datos del SISVAN y el proceso de evaluación por falta de cuadros técnicos, b) la dificultad para agilizar el proceso de tramitación de los planes alimentarios de los municipios y verificar el cumplimiento de otras condiciones previas para participar en el programa, y c) la necesidad de definir una nueva metodología para transferir los recursos a los municipios donde el número de niños desnutridos es muy bajo. Estos problemas dificultan la implantación de una escala operativa que lleve al éxito del programa.

En vista de estos problemas, a partir de 2002 el PCCN será sustituido por el programa de bolsa de alimentación, el cual corresponde a la transferencia directa de recursos en moneda a las familias carentes para la compra de alimentos, con el seguimiento del estado de nutrición de las mismas a través de los servicios de salud.

⁵ Una evaluación de dicho programa puede encontrarse en Benício, M.H.D. y Monteiro, C.A. (1997), "Desnutrição Infantil nos Municípios Brasileiros: Risco de Ocorrência", Ed. NUPENS, Universidad de São Paulo (USP), São Paulo (SP), 1997, documento mimeografiado.

Programa de Asistencia Farmacéutica (PAF)

Hasta 1998, este programa consistía en la distribución gratuita de un conjunto de 40 medicamentos esenciales, con el fin de aumentar la eficacia del tratamiento de las enfermedades más comunes al menor costo posible. A partir de 1999, el programa empezó a transferir a los municipios recursos equivalentes a R\$1,00 per cápita por año, para la compra de los medicamentos requeridos para la asistencia farmacéutica de cada municipio. En ambas situaciones, el marco legal del programa es la Resolución MS 1660 del 6 de noviembre de 1997.

Durante la primera etapa (1997–1998), el programa solamente atendía a los municipios con menos de 21.000 habitantes (alrededor de 4.200 municipios). A partir de 1999 el programa pasó a tener como clientela potencial toda la población brasileña (5.500 municipios). En términos reales, el programa benefició en 1998 a 35 millones de personas.

Para recibir los recursos, los estados y los municipios tienen que aportar la misma cantidad de recursos en forma de asignaciones de contrapartida. Esto ha constituido una limitación para el programa, ya que muchos municipios no logran aportar la contrapartida exigida. En 1999 se desembolsaron alrededor de US\$37 millones. La meta actual es llegar a los US\$167 millones en 2001 (de acuerdo a la relación de US\$1,00 per cápita aplicada al tamaño estimado de la población brasileña). Si funciona el sistema de asignación de contrapartida, los gastos de farmacia básica del SUS llegarían a los US\$334,0 millones en la misma fecha.

Los municipios menores, con los recursos recibidos del programa, no alcanzan la escala necesaria para comprar a precios competitivos y garantizar la eficiencia en la adquisición y distribución de medicamentos. Muchos tienen que comprar los medicamentos en farmacias locales, que operan en condiciones monopolistas, pagando precios superiores a los que se cobran en la venta directa de las industrias. En este sentido, el programa necesita mecanismos coordinados de compra por medio de los estados o redes de municipios para evitar la perpetuación de este tipo de problema.

Programa Nacional de Inmunización (PNI)

El programa es la continuación de las estrategias de vacunación contra enfermedades inmunoprevenibles en Brasil, el cual ha sido uno de los principales ejes de las campañas del Ministerio de Salud. Las principales enfermedades incluidas en el programa son poliomielitis, sarampión, difteria, tétanos neonatal y accidental, tos ferina, tuberculosis, rubéola, hepatitis B y fiebre amarilla. El programa prevé el mantenimiento de la cobertura de vacunación contra las enfermedades en relación con las cuales el grado de inmuniza-

ción es adecuado (poliomielitis, por ejemplo) y la ampliación de la cobertura en relación con aquellas para las cuales la vacunación ha sido insuficiente.

Las estrategias de inmunización han sido consideradas exitosas en Brasil, en gran medida debido al esfuerzo de coordinación y ejecución. Actualmente hay convenios entre el Ministerio de Salud (a través de la Fundación Nacional de Salud) y las secretarías estaduais y municipales de salud para la ejecución de campañas de vacunación, tarea que abarca una serie de acciones coordinadas en las áreas de capacitación de recursos humanos e infraestructura (equipamiento y recuperación de unidades de refrigeración y adquisición de equipos para conservación de vacunas). Participan también en el programa organismos como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la OPS, las Fuerzas Armadas, la Iglesia (Pastoral del Niño) y organizaciones no gubernamentales.

La logística del proceso es bastante compleja, ya que requiere coordinación con los programas de autosuficiencia en la producción de inmunobiológicos (liderada por Bio-manguinhos, Instituto Butantã, Fundación Ezequiel Díaz, otras instituciones públicas y laboratorios oficiales de los estados), la adquisición y distribución de inmunobiológicos y el control de calidad (por medio del Instituto Nacional de Control de Calidad de Salud) de la Fundación Oswaldo Cruz.

En 1998 el programa atendió a 3,2 millones de niños en todo el país, además de otros grupos de riesgo y edad diferentes. Aunque la meta operativa del programa es administrar todas las vacunas al 100% de los niños, se considera que los resultados son buenos cuando la cobertura alcanza un mínimo por tipo de vacuna, como se puede observar en el recuadro 8.2. Para evaluar el programa, la Fundación Nacional de Salud estableció tres sistemas de información que funcionan coordinadamente: el sistema de almacenamiento y distribución de inmunobiológicos, el sistema de evaluación del programa de inmunización y el sistema de sucesos adversos posteriores a la vacunación. Los principales indicadores de evaluación del programa se refieren a la cobertura de niños menores de 1 año vacunados (indicador de proceso) y la incidencia de enfermedades inmunoprevenibles (resultado). Dichos sistemas, antes centralizados en el Ministerio de Salud, se están descentralizando hacia los estados y municipios.

La magnitud de los gastos del programa depende de dos factores básicos: el crecimiento vegetativo de la población y los informes de la vigilancia epidemiológica, que indican la necesidad de aumentar la cobertura en áreas determinadas. Entre 1996 y 1999 los gastos aumentaron de US\$122 millones a US\$135 millones.

En general, las fallas del programa se deben a problemas de adquisición de insumos, cambios frecuentes en el personal y retrasos en la recepción de información epidemiológica y administrativa del programa, especialmente en los estados y municipios donde la organización del sistema de salud todavía es incipiente.

Recuadro 8.2. Coberturas mínimas aceptables por tipo de vacuna del PNI y gastos del programa, 1996–1999

Poliomielitis: 90%
 BCG (tuberculosis): 90%
 Sarampión: 95% (niños de 9 meses)
 Triple viral: 95% (niños de 12 meses)
 DPT: 90% (3 dosis hasta los 12 meses y refuerzo a los 15 meses)
 Hepatitis B: 95%
 Fiebre amarilla: 100% de la población

Gastos del programa (en millones de US\$)

1996	122,2
1997	154,6
1998	152,1
1999	134,7

Fuente: MS/FNS.

Programa de Atención Integral de la Salud de la Mujer (PAISM)

Este programa ha sido implementado progresivamente desde comienzos de los años noventa y pasó por cambios de coordinación. Actualmente presenta una gestión más estable. La coordinación nacional del programa está a cargo de la Secretaría de Políticas de Salud del Ministerio de Salud de Brasil, la cual administra recursos que ascienden a US\$1,4 millones para actividades de promoción de la salud de la mujer. Las principales actividades del programa se llevan a cabo en cinco áreas: a) maternidad; b) salud reproductiva; c) enfermedades de transmisión sexual; d) prevención de la violencia doméstica, y e) control del cáncer cervicouterino.

En el área de la maternidad se procura reducir la mortalidad materna y mejorar los estándares de atención del embarazo mediante programas integrales de atención prenatal, del parto y del puerperio. Las principales metas del programa son la reducción del número de cesáreas⁶ y el aumento del número de partos atendidos por enfermeras obstetras, el número de partos normales con analgesia y el número de consultas prenatales.

⁶ Con ese fin, se realiza una investigación en los hospitales donde la tasa de cesáreas es superior al 30% del total de partos.

En el área de la salud reproductiva, la prioridad es la promoción de la Ley de Planificación Familiar a través de un mayor control del número de esterilizaciones y la promoción de la diversificación de los anticonceptivos, en especial los métodos reversibles. Los anticonceptivos pueden ser adquiridos y financiados por el programa de asistencia farmacéutica.

En el área de las enfermedades de transmisión sexual, la prioridad es la reducción de la infección por el VIH en las mujeres. Se han realizado estudios para estimar la población en riesgo y diagnosticar el número de portadoras del VIH, como forma de mejorar el proceso de seguimiento. Se presta especial atención a las mujeres embarazadas portadoras del VIH, mediante el control de indicadores tales como el número de embarazadas remitidas para el diagnóstico y que reciben tratamiento regular contra el VIH.

En el área de la prevención de la violencia doméstica, el principal objetivo ha sido la difusión de campañas de prevención basadas en la comunicación social en las comunidades donde la violencia doméstica es endémica y la implementación y operación de un servicio de atención a la mujer víctima de la violencia en cada estado de la federación hasta fines de 2001.

En el área del control del cáncer cervicouterino se procura reducir la mortalidad por este tipo de cáncer mediante la detección y el tratamiento precoces de la enfermedad. El programa, instituido por la Resolución 3.040 del Ministerio de Salud, realiza, desde 1998, la detección de mujeres de 35 a 49 años que nunca se hicieron la prueba de Papanicolaou. Todos los servicios de salud del país recomiendan a las mujeres de 25 a 60 años que se hagan exámenes cada tres años y reciban orientación y tratamiento adecuado para los casos diagnosticados. En 1998 se hicieron esta prueba 8 millones de mujeres, y para 1999 se preveía una cobertura de 12 millones⁷. La ejecución del programa está a cargo de las secretarías estatales y municipales de salud, que recibieron en 1998 recursos equivalentes a US\$31,5 millones para su ejecución.

CONCLUSIONES

Las principales conclusiones de este capítulo son las siguientes:

a) Durante la segunda mitad de los años noventa se produjo un gran cambio en la mecánica del gasto público en salud, con la implementación de los programas descentralizados de atención básica de salud, en cuyo marco se realizaron gastos equivalentes a US\$2.000 millones en 1998 (16,1% del gasto federal en salud).

⁷ Se estima en 36 millones la población femenina brasileña de esta edad, pero solamente un tercio de este grupo deberá hacerse la prueba cada año.

b) Se estima que la importancia de dichos programas aumentará en los próximos años y consumirá mayores recursos de todas las esferas de gobierno. El cuadro A 30 del apéndice estadístico muestra una síntesis de los gastos y de la población beneficiaria de dichos programas en 1998.

c) Dicho cambio podrá representar, en el futuro, un aumento de la eficiencia del sistema al reducir los gastos asociados a la medicina curativa, como consecuencia de las mayores inversiones en promoción de la salud y prevención de enfermedades transmisibles y crónicas asociadas al perfil epidemiológico de cada región del país.

Página en blanco a propósito

NUEVOS CAMBIOS EN EL FINANCIAMIENTO DEL SUS

MODELO DE DESCENTRALIZACION Y FINANCIAMIENTO

Durante los años noventa fue posible acumular experiencia relacionada tanto con las virtudes como con los problemas del proceso de descentralización del sistema de salud en Brasil. A fines del año 2000 casi todos los municipios del país cumplían las condiciones de gestión establecidas en la NOB-SUS 01/86.

En lo que se refiere a las virtudes, hubo avances significativos en la organización de redes articuladas de servicios de salud, a través del proceso de programación integrada en salud, el fortalecimiento de los mecanismos de evaluación y control, la organización y puesta en marcha de consorcios intermunicipales de salud y la implementación de planes de regionalización promovidos por las secretarías estaduais de salud.

Por otro lado, la experiencia también demostró que existen muchos problemas para consolidar el SUS, entre ellos la falta de una jerarquía en el proceso de organización del sistema entre el gobierno federal, los estados y los municipios. Excepto por la creatividad de algunas experiencias, que consistieron en organizar el sistema de salud con una óptica de integración horizontal y vertical de los servicios (entre municipalidades, entre estado y municipios, entre los sectores público, privado y filantrópico, etc.), la organización del SUS ha sido, en función de las directrices y mecanismos de financiamiento, homogénea en todo el país, mientras que la realidad del país es radicalmente heterogénea en lo que atañe a necesidades y demanda y oferta de servicios de salud. En la mayoría de los casos, este modelo rígido de organización no es la forma más efectiva de resolver los problemas locales de salud y, por esto, los resultados del proceso de descentralización no se reflejaron en mejoras sustanciales de los indicadores epidemiológicos con la celeridad que sería necesaria.

Varios factores indicarían la necesidad de otro modelo de organización del sistema de salud. Entre ellos cabría destacar a) la existencia de diferentes perfiles epidemiológicos y necesidades de salud¹ a nivel regional; b) la existencia de distintos contextos socioeco-

¹ Como ya se dijo, los recursos federales del SUS no se distribuyen según las necesidades de la población, sino de acuerdo con cantidades anteriores observadas o programadas (en el caso de las transferencias para el pago de hospitales y servicios ambulatorios) o per cápita (como el PAB).

nómicos, los cuales se reflejan en las tasas de dependencia exclusiva de la población con relación al SUS; c) la existencia de sistemas privados que ofrecen servicios y atienden a parcelas significativas de la población, lo cual demuestra que en algunos municipios o regiones el sistema suplementario de salud puede ser más importante que el SUS; d) la existencia de miles de municipios demasiado pequeños para gestionar un sistema de salud funcional completo en su territorio; e) la imposibilidad de que existan, en un sistema universal y gratuito de salud, fronteras territoriales que impidan que los habitantes de un municipio sean atendidos en otro que ofrezca mejores servicios.

Para resolver parte de estos problemas, el gobierno compiló y publicó en enero de 2001 la Norma Operacional de la Atención de Salud (NOAS-SUS 01/2001), la cual propone un nuevo modelo de descentralización de salud basado en el concepto de regionalización. El plazo previsto para la implementación de esta nueva Norma Operacional era diciembre de 2001.

Según esta norma, el proceso de regionalización deberá ser la principal estrategia para establecer una jerarquía de servicios de salud. Las secretarías estatales de salud, para tener acceso a los recursos del SUS, deberán pasar por las siguientes etapas de implantación de la NOAS-2001:

1) elaboración de un plan rector de regionalización, que garantice servicios básicos en el nivel más próximo al hogar, además de remitir casos a servicios de mayor complejidad, aun en otras localidades;

2) implementación de un Plan de Atención Básica Ampliada (PABA), que incluya procedimientos de mediana y gran complejidad, a partir de definiciones dadas por el Ministerio de Salud, además de aumentar el conjunto de las acciones financiadas a través del PAB²;

3) división del estado en microrregiones de salud, las cuales tendrán que proveer, al menos, servicios de poca y mediana complejidad y establecer un proceso de calificación de dichas microrregiones en el estado para que puedan recibir una suma per cápita por los servicios de salud ofrecidos a su población;

4) institución de los procesos de organización de los servicios de mediana complejidad, a nivel microrregional, según el perfil de necesidades de cada región, respetando los parámetros físicos y financieros definidos por las secretarías estatales de salud (véase el recuadro 9.1);

² El PAB pasó a incorporar servicios de seguimiento domiciliario de enfermos por profesionales del PSF; algunos procedimientos especializados realizados por profesionales médicos y otros, como atención de urgencia y pruebas para el diagnóstico de la diabetes mellitus, intervenciones quirúrgicas ambulatorias especializadas, acciones especializadas en odontología, servicios de patología clínica y electrocardiogramas.

Recuadro 9.1. Plan de Atención Básica Ampliado (PABA)

Baja complejidad	Mediana complejidad	Alta complejidad
Responsabilidad del municipio o la microrregión	Responsabilidad del municipio o microrregión compartida con el estado	Responsabilidad del estado compartida con el nivel federal del gobierno
Acciones: atención prenatal, del parto y del puerperio; seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño; cobertura del PNI para todas las edades; promoción de la salud y prevención de enfermedades transmisibles (en especial tuberculosis y lepra) y crónicas (en especial hipertensión y diabetes mellitus); atención de los problemas de salud más comunes de la infancia; atención de los trastornos agudos de mayor incidencia; tratamiento clínico y de pequeñas urgencias ambulatorias; tratamiento de los problemas mentales y psicosociales más frecuentes; control de las enfermedades bucales más frecuentes; atención de las necesidades de la población en lo que se refiere a la farmacia básica del SUS.	Acciones: servicios de salud especializados proporcionados por médicos u otros profesionales de nivel superior; servicios traumato-ortopédicos; servicios especializados de odontología; servicios de patología clínica; servicios de anatomopatología y citopatología; radiodiagnóstico; exámenes de ultrasonido; fisioterapia y terapias especializadas.	Acciones: serán definidas por el Ministerio de Salud, el cual también establecerá los mecanismos de acceso y las modalidades de financiamiento.

5) inicio de los procesos de organización de los servicios de gran complejidad, los cuales pasarán a ser responsabilidad compartida entre el Ministerio de Salud y los estados (incluido el Distrito Federal);

6) incorporación de los estados y municipios a la nueva NOAS-2001. Los estados podrán ser habilitados en dos modalidades: a) gestión avanzada del sistema estadual y b) gestión plena del sistema estadual. Los municipios podrán ser, igualmente, habilitados en dos modalidades: a) gestión plena de la atención básica ampliada y b) gestión plena del sistema municipal. Para quedar habilitados, los estados y municipios deberán cumplir los requisitos y asumir algunas responsabilidades definidas. También se han previsto casos en que los estados y municipios podrán quedar inhabilitados.

Otra innovación introducida por la NOAS 01/2001 está relacionada con el sistema de financiamiento. El nuevo sistema de financiamiento aumenta la capacidad de los estados para restringir la autonomía financiera de los municipios, ya que establece topes financieros para las transferencias a los municipios, vinculados al cumplimiento de medidas asociadas al proceso de regionalización de la atención de salud a ser definidas e implementadas por las secretarías estatales de salud. Asimismo, para que los estados reciban la suma máxima, deben enviar con anticipación al Ministerio de Salud el plan estadual de regionalización de la salud. Los topes financieros de los estados y municipios pueden ser revisados cada año en función de la reprogramación de metas.

De acuerdo con la NOB-96, las actividades ambulatorias se financiaban a través de mecanismos de reembolso (pagos retrospectivos) asociados a la supervisión y autorización del organismo gestor (estadual o municipal). Las sumas que se pagaban correspondían a una tabla de aranceles por diagnóstico, la cual era revisada periódicamente por la Secretaría de Acciones de Salud (SAS) del Ministerio de Salud. Las únicas actividades financiadas per cápita eran las que se insertaban en el PAB.

La NOAS 01/2001 introdujo un nuevo modelo según el cual, para las actividades ambulatorias (incluidas las del PABA de poca y mediana complejidad), se paga una cantidad per cápita establecida a nivel nacional, adaptada al perfil de necesidades de cada región, de conformidad con criterios definidos en el Plan de Regionalización y respetando los topes financieros por estado o municipio.

En el caso del financiamiento hospitalario, no hay cambios, ya que el mismo sigue remunerado sobre la base de topes financieros por estado y municipio, según las tablas de diagnóstico definidas por la SAS. Los procedimientos de tecnología avanzada comprendidos en el PABA seguirán siendo financiados parcialmente a través del Fondo de Acciones Estratégicas y Compensación (FAEC), el cual ya financiaba en el sistema anterior una parte de los costos de los procedimientos de tecnología avanzada.

El financiamiento de los hospitales públicos dejará de tener la producción de servicios como parámetro para la remuneración, pasando a depender de metas establecidas de común acuerdo por los niveles de gobierno en los cuales se encuadra el hospital (municipios o estados).

Aunque están detalladas en la NOAS 01/2001, muchas de las nuevas reglas de financiamiento del sistema de salud deberán definirse en normativas internas del Ministerio de Salud.

EFFECTOS PREVISTOS DE LA VINCULACION DEL GASTO EN SALUD

La Constitución federal de 1988 atribuyó al municipio, con el apoyo financiero de los estados y el gobierno federal, el papel de organizar la provisión pública de servicios de

salud, aunque no se hayan asignado los recursos necesarios para las nuevas atribuciones municipales. El esquema inicial previsto en la Constitución, el cual garantizaba un mínimo del 30% del presupuesto de la seguridad social para la salud (excluidos los recursos para financiar el seguro de desempleo), nunca funcionó.

Durante los años noventa se adoptaron muchas soluciones intermedias para lograr fuentes estables de financiamiento, basadas en la creación y utilización de nuevos impuestos vinculados a la salud (como la CPFM) y la utilización de préstamos de fondos públicos tales como el Fondo de Amparo al Trabajador (FAT).

Las estrategias para aumentar los fondos federales no fueron suficientes para financiar la expansión de la oferta de servicios implícita en la estrategia del SUS. Fue necesario aumentar la responsabilidad financiera de otras esferas de gobierno (estados y municipios) para incrementar el financiamiento sectorial. En ese sentido, como se observa en el cuadro A 11 del apéndice estadístico, el peso del gobierno federal en el financiamiento de la salud se redujo del 73% al 54% entre 1985 y 1996, lo que representó un fuerte incremento en la participación de gobiernos locales.

Aun así, todos estos mecanismos han sido considerados insuficientes para financiar el proceso de implantación del SUS. Debido al carácter precario de la base de financiamiento del SUS, comenzaron a surgir propuestas en el ámbito del Poder Legislativo en busca de un compromiso de largo plazo para el financiamiento de la salud. Este compromiso se cristalizó en la Enmienda Constitucional 29 de 2000 (EC 29/2000).

Después de muchos cambios en su redacción original, la enmienda aprobada prevé una vinculación de modo que los recursos del gobierno federal aumenten el 5% en términos reales el primer año y en una proporción equivalente al crecimiento del PIB real en los cuatro años subsiguientes.

Para los estados y municipios, los porcentajes de vinculación establecidos serán del 12% y el 15% del ingreso total en concepto de impuestos y transferencias automáticas recibidas, respectivamente, los cuales aumentarán progresivamente hasta el quinto año de vigencia de dicha ley.

Los resultados de las cifras estimadas de gasto en salud entre 1998 y 2004 figuran en el cuadro A 31 del apéndice estadístico. Se estima que, entre 2000 y 2004, el total del gasto público podría aumentar del 3,3% a una cifra situada entre el 3,5% y el 3,7% del PIB.

Sobre la base de proyecciones del Ministerio de Salud, se estima que la EC29/2000 tendrá un impacto mucho mayor en la estabilidad que en el crecimiento del gasto en salud³. En lo que concierne al crecimiento, el impacto tendría que ser mayor en los

³ Véase Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Investimentos em Saúde, Departamento de Gestão de Projetos de Investimentos, "Estimativas de Impacto da EC No. 29/00", Brasília, Ed. SIOPS, diciembre de 2000, documento mimeografiado.

gastos de los estados que en los gastos de los municipios y el gobierno federal. Por consiguiente, aumentaría la participación de los estados en el financiamiento del gasto en salud mientras que la de las otras esferas de gobierno tendría que reducirse.

CONCLUSIONES

Durante los últimos años el gobierno tomó medidas para aumentar el grado de autonomía y la capacidad financiera de los estados y municipios en los programas de salud. Las principales medidas tomadas recientemente en esta dirección fueron las siguientes:

a) La Norma Operacional de la Atención de Salud (NOAS-SUS 01/2001), la cual propone un nuevo modelo de descentralización de la atención de salud basado en el concepto de regionalización. Los principales cambios introducidos por la NOAS son: i) un nuevo modelo donde las actividades ambulatorias (incluidas las de poca y mediana complejidad) pasan a ser financiadas con una suma per cápita establecida a nivel nacional, adaptada al perfil de necesidades de cada región, según criterios definidos en el Plan de Regionalización y respetando los topes financieros por estado o municipio; ii) los procedimientos de tecnología avanzada seguirán siendo financiados parcialmente a través del Fondo de Acciones Estratégicas y Compensación (FAEC), el cual ya financiaba en el sistema anterior una parte de los costos de los procedimientos de tecnología avanzada; iii) el financiamiento de los hospitales públicos dejará de tener la producción de servicios como parámetro para la remuneración, pasando a depender de metas establecidas de común acuerdo por los estados y municipios en los cuales se inserta cada hospital.

b) La aprobación de la Enmienda Constitucional 29/00 del SUS, en virtud de la cual el gobierno federal, los estados y los municipios deberán gastar como mínimo 10%, 12% y 15%, respectivamente, del presupuesto del gobierno en programas de salud hasta 2005. Se estima que, entre 2000 y 2004, el gasto público total aumentará del 3,3% al 3,7% del PIB, lo que no es muy significativo, ya que tal medida tendrá mayor impacto en la estabilidad que en el aumento de los gastos en salud. El impacto de la enmienda será mayor en el crecimiento de los gastos de los estados que en los gastos de otros niveles de gobierno.

PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS

LOS AVANCES

Durante los años noventa mejoró el acceso de la población al sistema de salud en Brasil, mediante no solo la expansión de la cobertura, sino también la mejora de la calidad de los servicios.

Estos avances fueron logrados a través de la intensificación del proceso de descentralización de las acciones de salud. Los resultados pueden observarse en la mejora tanto de los indicadores de impacto (reducción de la mortalidad infantil, la mortalidad materna y la desnutrición infantil, etc.) como de los indicadores de proceso (aumento de la cobertura ambulatoria, ajustes en la producción de servicios hospitalarios, aumento de la población atendida por estrategias de promoción y prevención a través de programas como el PACS y el PSF).

Aunque la mayoría de los gastos públicos en salud en Brasil corresponden al nivel central del gobierno, la participación de los estados y municipios en el financiamiento del SUS aumentó al 47% en los últimos años.

Los municipios han sido los actores más relevantes en el proceso de descentralización durante la década de los noventa, no solamente por haber aumentado la participación de sus recursos fiscales para la salud, sino también porque pasaron a administrar los establecimientos de salud del gobierno federal y a gestionar los recursos financieros (a través de transferencias federales) para el funcionamiento de los mismos. Sin embargo, sigue existiendo gran heterogeneidad en la contribución de cada estado o municipio al sistema, lo que lleva al aumento de la inequidad del gasto desde un punto de vista regional.

Para resolver este problema, el Congreso Nacional aprobó a fines del año 2000 una enmienda de la Constitución que garantiza la vinculación de un mínimo de 10%, 12% y 14% de los gastos en salud en los presupuestos del gobierno federal y los gobiernos estatales y municipales, respectivamente. De esta forma, se espera lograr una mayor estabilidad de las fuentes de financiamiento, garantizar el aumento de la participación y, al mismo tiempo, reducir la heterogeneidad de las esferas locales de gobierno en lo que atañe al financiamiento del gasto público en salud.

Desde el punto de vista del gasto, la mejora de los indicadores de salud en los años noventa se asocia tanto al aumento de los recursos disponibles como al aumento de la eficiencia del gasto.

El cuadro A 32 del apéndice estadístico muestra que el crecimiento de los gastos públicos per cápita en salud estuvo acompañado por la mejora de los indicadores de salud, no solamente de resultado (reducción de la mortalidad infantil y materna) sino también de proceso (acceso a la atención prenatal y del parto, vacunación y atención médica de los niños).

Las medidas que han conducido a una mayor eficiencia del gasto en salud en Brasil durante los años noventa están asociadas a:

a) el aumento de la oferta de atención primaria de salud, a través de programas como el PACS y el PSF, los cuales tienen como estrategias las visitas domiciliarias y los controles adecuados de la atención materno-infantil¹;

b) el aumento progresivo de las transferencias de recursos vinculadas a estrategias de promoción, prevención y atención ambulatoria a los estados y municipios. A partir de 1996 se establecieron los mecanismos de financiamiento de un paquete de atención básica para acciones de bajo costo y gran capacidad para resolver problemas de salud, como el nivel mínimo de financiamiento para la atención básica (PAB), que transfieren recursos a los municipios per cápita y son evaluados según los resultados de cobertura;

c) la mejora de los sistemas de información epidemiológica, administrativa y financiera, que llevó a una agilización de la elaboración de diagnósticos del estado de salud de distintas áreas del país y a un aumento de la capacidad de resolución de los problemas de salud;

d) la modificación de procesos administrativos, especialmente en el área de los programas de salud e insumos básicos. En este particular, medidas tales como la ley de medicamentos genéricos aprobada recientemente² y la deshospitalización de la salud mental son programas que permiten racionalizar los recursos del SUS, con miras a reorientar el gasto público hacia áreas de mayor necesidad o a la implementación de medidas más eficaces.

¹ Como se observó en el capítulo 8, en 1987 se crearon programas como el PACS y el PSF, que van implementándose en pequeña escala a partir de 1993 y pasan a funcionar en gran escala a partir de 1996.

² En el área de medicamentos, el gobierno viene promoviendo una política activa para la prescripción y uso de medicamentos genéricos, lo que permite establecer estándares para los productos, evitar la diversificación innecesaria de los medicamentos y aumentar la competencia del sector, con los consiguientes efectos positivos en la calidad y los precios. Actualmente hay 236 productos genéricos de salud registrados, cuyo costo es 46% menor que el de productos de marca. Según informaciones presentadas por el ministro de salud José Serra en el taller "Addressing Health Inequalities: The Brazilian Experience", organizado por el Banco Mundial en Washington, el 10 y 11 de abril de 2001, esto representa una reducción estimada en US\$250 millones anuales en el gasto público en salud.

Durante los años noventa, el país adoptó una estrategia gradual de reformas del sector salud, procurando que las transformaciones se produzcan sin grandes resistencias de las partes afectadas, en especial profesionales de la salud. Si bien dicha estrategia aumenta la gobernabilidad del proceso de reforma, no permite potenciar al máximo los resultados a corto plazo.

LOS PROBLEMAS

Fragmentación

El modelo de salud en Brasil no es único, pero está fragmentado, ya que presenta un subsistema público y otro privado suplementario sin vínculos financieros, institucionales y de organización entre sí. La Constitución federal de 1988 avanzó en la reducción de dicha segmentación, al crear un sistema público unificado de salud que se denominó Sistema Único de Salud (SUS). Aun así, las acciones financiadas por el sector público no son adecuadamente coordinadas con las que realiza el sector privado suplementario. Supuestamente, la canasta de servicios cubierta por el SUS es ilimitada y su utilización es universal y gratuita. En este sentido, los grupos de más alto ingreso siguen utilizando el SUS para los procedimientos más complejos, de alto costo y de tecnología avanzada.

Como los médicos que trabajan en el SUS también prestan servicios al sector privado suplementario en un sistema de multiempleo profesional, acaban funcionando como la puerta de entrada privilegiada para aquellos que tienen planes privados de salud, gastando los recursos y reduciendo el acceso de aquellos que, dada su condición socioeconómica, solo tienen el SUS como opción para la atención médica.

Los que tienen planes privados de salud, a su vez, también reciben incentivos fiscales (descuentos del impuesto sobre los ingresos) que les permiten continuar viviendo “en el mejor de los mundos”: planes baratos de salud (subsidiados indirectamente por la doble cobertura conjunta con el SUS), uso del SUS en procedimientos de gran complejidad o tecnología avanzada con los mismos médicos que los atienden en sus planes privados, y deducciones del impuesto sobre el ingreso por los planes que pagan. Los que no tienen planes privados siguen lidiando con la escasa oferta de servicios para sus patologías, las colas, los hospitales (públicos o filantrópicos) desfinanciados y sin medicamentos, y las dificultades de acceso a los servicios básicos.

Inequidad en el financiamiento

Hay dos tipos de inequidades asociadas a la salud en Brasil: las relativas al acceso a los servicios por nivel socioeconómico y las asociadas a la distribución regional de los recur-

sos públicos. Las primeras son difíciles de medir, ya que hay poca información sobre las necesidades en materia de salud y el uso del SUS según el nivel de ingreso³.

Resulta así más fácil abordar la cuestión de la equidad según la distribución regional de los recursos. En este particular, los datos de este estudio demuestran que a) con algunas excepciones, los gastos públicos en salud tienden a ser mayores en los estados donde el PIB per cápita es mayor, al mismo tiempo que las necesidades en materia de salud son mayores en las regiones donde es menor el gasto público per cápita en salud, y b) las transferencias federales de recursos para la salud a los estados y municipios no son progresivas y no han logrado revertir la regresividad de la distribución de los gastos públicos en salud en los estados.

Autonomía limitada e incentivos asociados a la oferta

En los últimos años se ha avanzado en el sentido de aumentar la autonomía de gestión de los recursos de la red del SUS en los estados y municipios, con miras a que los modelos de gestión de los servicios se encuentren más próximos a la realidad local. Aun así, dicho modelo sigue estando sobrerregulado por las normas operativas básicas federales, las cuales limitan la creatividad de los municipios en la búsqueda de soluciones para las necesidades de la población en lo que atañe a la salud.

Hay que regular el sistema de transferencias de recursos del SUS, asociando su lógica de financiamiento más a las necesidades de los usuarios y a los resultados a ser logrados y menos a los medios y procesos implementados. Los municipios deben ser capaces de elegir la forma de organización del sistema de salud más adecuada a su realidad y, si fuera necesario, tercerizar toda la gestión de la red o utilizar modelos de financiamiento basados en la demanda.

Es verdad que la actual tendencia del SUS es a aumentar las transferencias de recursos per cápita a los estados y municipios y, al mismo tiempo, reducir los recursos destinados al pago de servicios mediante rendición de cuentas, como ocurre con las AIH y los pagos de servicios ambulatorios. Con eso se elimina progresivamente la situación absurda en que el gobierno federal paga los servicios directamente al proveedor, reproduciendo la lógica poco transparente del sistema de tercero pagador.

Sin embargo, las transferencias per cápita se hacen entre el gobierno federal y los estados y municipios, pero no entre los gobiernos locales y las redes de organización y

³ Aunque los datos de la PNAD 1998 muestren que el acceso al SUS no es regresivo por nivel de ingreso, los datos de la POF 1996 muestran que el gasto en salud de las familias es regresivo, penalizando proporcionalmente más a las familias de bajo ingreso.

prestación de servicios. En el ámbito local, los estados y municipios siguen remunerando a los proveedores de servicios sobre la base de procedimientos médicos y no de incentivos asociados a la demanda y a los resultados.

Precariedad de los indicadores de salud

Como resultado del análisis de los problemas precedentes se puede mencionar que, aun reconociendo los progresos de la década pasada, hay que destacar que los indicadores básicos de salud en Brasil son todavía precarios en el contexto latinoamericano. La esperanza de vida brasileña en 1997 solo fue mayor que la de Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras y Nicaragua, y fue similar a la de Perú y Ecuador. En otras palabras, de 27 países de la región latinoamericana, 22 gastan menos per cápita en salud que Brasil. De estos, 17 tienen una esperanza de vida al nacer igual o mayor que la brasileña.

Los recursos estimados para el financiamiento del sector salud en Brasil ascienden a más del 7% del PIB. Si se comparan el desempeño y el gasto en salud de Brasil con los de otros países latinoamericanos, queda claro que el país podría presentar mejores indicadores de morbilidad y mortalidad.

RESPUESTAS A LOS PROBLEMAS

¿Cómo viene el gobierno buscando soluciones a los problemas descritos en la sección anterior? Durante los últimos años, el gobierno ha tomado muchas medidas para intentar solucionar parte de los problemas actuales, alcanzando solamente resultados parciales.

Fragmentación

En lo que se refiere a la fragmentación del sistema, el gobierno ha procurado establecer un nuevo marco de regulación del sector privado suplementario de salud, lo que propició la creación del Consejo Nacional de Salud Suplementaria (CNSS)⁴ y el Organismo Nacional de Salud Suplementaria (ANS), responsable por la implementación de las medidas propuestas por el Consejo.

La principal preocupación del gobierno ha sido la búsqueda de una regulación que permita a) mejorar los instrumentos de defensa del consumidor; b) definir planes de salud que sean suficientemente amplios y que abarquen todas las acciones, patologías, procedimientos, carencias y demás requisitos en materia de salud que garanticen una efectiva

⁴ El CNSS fue creado por medio de la Ley 9.656 de 1998.

protección de la salud; c) establecer medidas de regulación de calidad y precio, así como requisitos mínimos para el funcionamiento de las operadoras de planes; d) instituir e implementar instrumentos que permitan al SUS recuperar los costos de los servicios prestados por el sector público a los usuarios de planes de salud. Los dos primeros objetivos son funciones específicas que el Estado debería desempeñar en materia de regulación de planes de salud.

La regulación de precios de planes de salud es discutible. Aunque existen fuertes imperfecciones de mercado en el área de planes de salud, especialmente en lo que se refiere tanto a la asimetría de información entre proveedores y usuarios como a la calidad y los precios, la función de una entidad reguladora es corregir las imperfecciones de mercado a través de a) la definición de paquetes de servicios adecuados; b) el establecimiento de las condiciones de entrada y permanencia de los usuarios en los planes, asegurando derechos y deberes tanto de las operadoras como de los usuarios a través de modelos tales como las alianzas de consumidores, adoptados en países como Estados Unidos, que permiten aumentar el poder de negociación colectiva de los consumidores frente a los planes de salud; c) la realización de estudios y la operación de bases de datos a fin de diseminar información sobre los costos y la calidad de los planes, de modo que los usuarios estén al tanto de los eventuales sobreprecios cobrados por las operadoras y las fallas en la calidad de los servicios ofrecidos; y d) la definición y fiscalización de los estándares mínimos de calidad, escala y reservas financieras para que una operadora de planes y seguros pueda existir sin poner en riesgo la protección de los consumidores.

La regulación y el control de precios son acciones poco eficientes en una economía de mercado, especialmente en un sector donde hay fuerte competencia, como el de planes de salud. Aunque existen imperfecciones de mercado asociadas a la asimetría de información, el control de precios acaba debilitando la calidad, limitando la competencia y la eventual reducción de los costos, y creando barreras a la expansión del sector, al restringir la capacidad del sistema para atraer nuevos capitales.

Con relación a la recuperación de los costos de servicios públicos utilizados por usuarios de planes de salud, el gobierno instituyó en marzo de 2000 la tabla única nacional de equivalencia de procedimientos (TUNEP), que pasó a ser utilizada como base para dicha recuperación de costos. El gran problema asociado a esta medida fue que muchos de los procedimientos pagados por el SUS están por debajo de los precios de mercado. La TUNEP procura recuperar costos con base en los precios de mercado, buscando evitar la creación de estímulos al uso regular e institucionalizado de los servicios públicos en las empresas que administran planes de salud. El proceso ha sido de muy difícil implementación, ya que las administradoras de planes de salud entablan juicio constantemente para im-

Recuadro 10.1. La recuperación de costos de los servicios del SUS utilizados por usuarios de planes privados de salud

La recuperación de costos de los servicios del SUS utilizados por usuarios de planes privados de salud fue establecida a través de la Resolución de la Dirección Colegiada 18 de la ANS, del 30 de marzo de 2000, y normas complementarias. Según dicha resolución, el proceso de recuperación de costos se organiza en cuatro etapas: a) creación de registros de beneficiarios de planes de salud y de procedimientos elegibles para recuperación de costos; b) comparación de los registros de usuarios de planes de salud con los usuarios de la AIH; c) presentación y análisis de los procedimientos a ser cobrados por la ANS, y d) cobro y devolución de los recursos a la ANS, en una cuenta especial del Banco do Brasil.

Los recursos son cobrados según la tabla de la TUNEP, que es mayor que la del SUS, ya que remunera los servicios según los precios de mercado. La ANS divide los recursos recibidos en dos partes: a) la primera parte, que corresponde a las sumas pagadas según las tablas del SUS, se transfiere al estado o municipio que administra el SUS local; b) la segunda parte, que corresponde a la diferencia entre los valores de la TUNEP y la tabla SUS, se transfiere a la unidad de salud (pública o privada) que proporcionó el servicio.

Entre septiembre de 1999 y julio de 2000 se encontraron 118.000 AIH que podían cobrarse, con las cuales podría generarse el equivalente de R\$158 millones, pero la mayoría de las operadoras de planes de salud entablaron juicio contra el cobro. Así, hasta junio de 2001 había concluido el proceso de cobro de 853 AIH, equivalentes a R\$5,4 millones, de los cuales se habían recibido solamente R\$630.000.

pugnar las acciones de pago, alegando que la diferencia entre ambas tablas no constituye un fundamento jurídico. El recuadro 10.1 muestra lo que ha pasado con el proceso de recuperación de costos desde su institución en el año 2000.

Otra medida que el gobierno ha tomado con miras a la integración entre los sectores público y privado es la creación de una tarjeta nacional para usuarios de servicios de salud (cartão nacional de saúde), en la cual se asigna un número de registro nacional a los usuarios de los servicios del SUS y se identifican los usuarios de los planes privados de salud. Las principales ventajas de la implantación de dicho procedimiento serán a) obtener información individualizada sobre acceso y uso del sistema de salud en Brasil; b) identificar el municipio o región en la cual el individuo reside con miras a resarcir a otros municipios en caso de eventual utilización de los servicios del SUS de otras localidades, estableciendo un proceso regular de transferencia y recuperación de costos entre los usuarios del SUS; y c) impulsar el proceso de recuperación de costos de los usuarios de los planes privados de salud.

Inequidad en el financiamiento

Para resolver el problema de la inequidad financiera de los recursos del SUS, la principal estrategia del gobierno es la aprobación de la EC-29/00, según la cual el gobierno federal, los estados y los municipios deberán vincular una parte del ingreso fiscal al gasto en salud, como fue descrito en detalle en el capítulo 9.

Esta medida resuelve parte del problema, ya que garantiza un mínimo de recursos para el financiamiento público, con un impacto más inmediato en los fondos estatales y municipales de salud, los cuales hoy por hoy son las instancias gubernamentales que menos contribuyen al financiamiento de la salud.

Otro avance fue la creación del PAB, que garantiza un mínimo de financiamiento per cápita para la atención básica basado en un análisis de las necesidades de cada estado o municipio.

Todavía siguen existiendo problemas en la distribución de los recursos federales y estatales del SUS para la atención médica y ambulatoria, cuyos toques fueron establecidos sobre la base de series históricas de utilización de servicios y no de necesidades medidas a partir de indicadores demográficos y epidemiológicos.

Por medio del proyecto REFORSUS, el Ministerio de Salud está realizando una serie de estudios destinados a 1) establecer un sistema de cuentas nacionales de salud; 2) establecer un banco de precios hospitalarios; 3) evaluar el impacto distributivo del gasto en salud; 4) establecer una metodología para la distribución equitativa de los recursos del SUS; 5) evaluar el impacto de los costos del PAB; 6) evaluar los costos del programa de salud de la familia y 7) estimar los costos de los procedimientos de mediana y gran complejidad. Se espera que dichos estudios generen las bases para aumentar la equidad en la distribución de los recursos públicos destinados a la salud.

Autonomía limitada e incentivos asociados a la oferta

El conjunto de NOB del Ministerio de Salud establece un proceso en el cual los estados y municipios parecen tener mayor autonomía en lo que concierne a la gestión del SUS. Lo que pasa es que dicha autonomía solamente se logra cuando se define un conjunto de reglas y procesos que son evaluados por los estados y municipios como una lista de comprobación. Aunque se obtengan resultados como parte de la evaluación de las acciones de salud de los estados y municipios, no se instituyó ningún proceso de concesión de autonomía que busque solamente lograr resultados.

La base en la cual se estructura el SUS es la distribución territorial de la atención médica, y no la competencia. Estrategias dirigidas a estimular la competencia, como la adoptada por el municipio de São Paulo con su Plan de Atención de Salud (PAS), resulta-

ron en la cancelación de las transferencias y en la suspensión de las transferencias federales al municipio⁵. Esto lleva a que la autonomía siga limitada por un modelo que, en la base, se rige por la oferta y no por la demanda o por la preferencia de los usuarios, lo que resulta en una falta de incentivos para que los establecimientos mejoren la calidad de la atención que brindan a la población en la búsqueda de usuarios de servicios.

Aun así, el gobierno, a través del proyecto REFORSUS, viene realizando estudios para a) estudiar nuevos modelos de gestión de las unidades de salud, b) realizar un balance de las experiencias innovadoras del SUS y c) capacitar a los gerentes municipales de salud. Se espera que en estos estudios se examinen los métodos de gestión del SUS, a fin de garantizar no solamente una mayor autonomía de las unidades de salud, sino también nuevos métodos de gestión que permitan la adopción de planes de seguro público y sistemas regidos por la demanda en las regiones donde demuestren ser más eficientes.

Precariedad de los indicadores de salud

En lo que se refiere a este tema, programas como el PAB, el PACS/PSF, el PAF, el PCCN y el PAISM podrán traer rápidas respuestas a la reducción de las carencias básicas en materia de salud en las regiones más pobres. Todos estos programas aceleraron su implementación en los últimos años y sus resultados positivos ya empiezan, en parte, a observarse.

Falta, todavía, definir estrategias que permitan focalizar las acciones públicas en los grupos sociales más pobres y en los municipios que presentan indicadores más precarios, los cuales tienen una población de mayor riesgo.

EL CAMINO HACIA EL FUTURO

El camino gradualista de las reformas del sector salud en Brasil permite formular recomendaciones con miras a mantener la integridad del modelo y, al mismo tiempo, introducir innovaciones que permitan obtener un mayor producto sanitario por unidad de moneda invertida en el sistema, al mismo tiempo que se avanza más rápidamente en la reducción de las brechas de cobertura y equidad que aún registra el sistema.

⁵ El PAS empezó en la municipalidad de São Paulo en 1992 y terminó en el año 2000 tras graves denuncias de corrupción y malversación de recursos. Aun así fue el primer intento en gran escala de organizar la atención médica del sector público bajo la concepción de plan de salud y establecer mecanismos de libre elección para los usuarios. El gobierno federal suspendió las transferencias de recursos del SUS a la municipalidad de São Paulo desde el inicio del PAS por no estar de acuerdo con la orientación del programa, el cual, aunque mantenía los principios del SUS (universalización y equidad), no se basaba en los mismos principios de organización (gestión única del gobierno y organización vertical del sistema).

Fragmentación

Como se observó anteriormente, el gobierno ha avanzado en la dirección de reducir la fragmentación del sistema de salud, al proponer un nuevo marco de regulación del sector de salud suplementaria y buscar recuperar los costos de los servicios prestados a los afiliados a planes privados de salud. En este sentido, se formaliza una relación implícita, donde el sector de salud suplementaria puede comprar servicios del SUS.

Para que se establezca una relación integral entre ambos sectores, habría que ofrecer la posibilidad de que los usuarios del SUS compren planes de salud del sector de salud suplementaria. La implementación de esta recomendación tendría la ventaja de aumentar la competencia entre los sectores público y privado, estimulando la mejora de la calidad de ambos tipos de proveedores.

Se trata, por lo tanto, de establecer políticas que permitan que a) el sistema público se organice sobre la base de planes de salud⁶ como cualquier organizador, lo que permitiría que el SUS y el SSS funcionaran en el mismo marco regulatorio; b) el financiamiento de los organizadores de planes de salud se base en el pago de una capitación directamente por los usuarios; c) el subsidio público se dirija a las personas sin capacidad de pago y los demás paguen los gastos de su bolsillo o por medio de su empleador; d) se elimine el subsidio en el impuesto sobre los ingresos que beneficia a los grupos de mediano y alto ingreso al pagar los planes o servicios de salud, y e) los gestores municipales (o regionales) de salud opten libremente entre mantener una organización pública vertical de su sistema de salud u organizar el sistema sobre la base de la competencia entre entidades públicas o privadas de organización de planes de salud⁷ reguladas y fiscalizadas por el gestor municipal, regional o estadual de salud.

Es importante, sin embargo, mantener la libertad de elección del gestor local para que tenga la posibilidad de atender a los deseos de su comunidad y de evaluar la relación costo-eficacia de las opciones. Es probable que, en la mayoría de los municipios brasileños, dada su escala y la forma en que están estructurados los servicios, el actual formato del SUS siga siendo la opción preponderante. Ese formato todavía no se aplicaría a las ciudades de grande y mediano porte, donde hay escala suficiente para que las opciones competitivas reduzcan los costos y mejoren la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios.

⁶ En parte se puede decir que el PAB ya es una especie de plan básico de salud, ya que asocia un pago per cápita a un determinado paquete de prestaciones. Cada municipio es monopolista en la organización del PAB para su población, lo que no permite al usuario ejercer su derecho a cambiar de organizador de plan cuando no se considera bien atendido.

⁷ Las actuales administradoras de planes del sector de salud suplementario podrían participar en este proceso.

Esta recomendación permitirá, por otro lado, que el sector de salud suplementaria se vincule a los mismos objetivos del SUS, contribuyendo a que la integración propuesta genere mayores posibilidades de coordinación y dé mayor alcance a los resultados obtenidos con los recursos públicos y privados disponibles.

Inequidad en el financiamiento

El problema de la inequidad del sistema de salud brasileño se basa en a) la limitada focalización de los recursos en los más pobres y b) la regresividad regional, estadual y municipal de los recursos públicos disponibles para el sector. Dicha forma de inequidad ha limitado la capacidad de respuesta a los problemas de salud de los grupos de menor ingreso de la población.

La adopción del PAB permitirá mitigar el problema de la limitada focalización, ya que aumenta la oferta de servicios altamente resolutivos, los cuales, por su naturaleza, responden al perfil de enfermedad de los grupos de menor ingreso. La NOAS 01/2001, como se dijo en el capítulo 9, también podrá extender el criterio de la autofocalización a los procedimientos de mediana y gran complejidad.

Sin embargo, la solución definitiva sería implementar, en el futuro, programas que permitan cierto grado de recuperación de costos de los servicios utilizados por aquellos que tienen capacidad de pago, sea a través de mecanismos de prepago o copago, como pasa en la mayoría de los sistemas de salud más equitativos, inclusive en la nueva concepción de Estado providente europeo. Solo así es posible aumentar los recursos per cápita para atender las necesidades de salud de los grupos de menor ingreso. Dos medidas han plantado la semilla para que se aborde esta cuestión en el futuro: a) la recuperación de costos de los usuarios de planes privados de salud⁸, que permite vencer la barrera ideológica de la “gratuidad universal”, y b) la recientemente iniciada experiencia de la tarjeta nacional de salud, con la cual se procura establecer una base de datos nacional de todos los ciudadanos por nivel socioeconómico y relación de dependencia del SUS.

En lo que se refiere a la equidad regional en la distribución de los recursos, el gobierno ha avanzado en a) la asignación de un mínimo del presupuesto público al gasto en salud, a nivel de cada estado y municipio, y b) el aumento de la cantidad de los recursos públicos destinados al financiamiento de paquetes de servicios per cápita, como ocurre con el PAB y como ocurrirá en los próximos años con la creación del PABA.

⁸ Vale la pena mencionar que los costos son resarcidos por los planes de salud y no por sus beneficiarios. Sin embargo, este proceso, indirectamente, podría crear presiones que lleven a un aumento de los precios de dichos planes, ya que aumentará su costo con la eliminación de los subsidios indirectos que actualmente posibilitan el uso gratuito de servicios de alto costo y tecnología avanzada en los establecimientos públicos por los asegurados de los planes de salud.

Aun así, buena parte de los recursos públicos, tanto federales como de los estados, seguirán siendo distribuidos con base en series históricas de gastos en salud, manteniendo las inequidades del gasto presentadas en los capítulos 6 y 7.

Para resolver este problema, muchos países han adoptado fórmulas de distribución de recursos federales a los niveles locales de gobierno que toman en cuenta lo siguiente:

a) la expresión económica de las necesidades en materia de salud de cada región con base en la carga de morbilidad, que representa la síntesis de las necesidades de la población, respaldadas por criterios demográficos, socioeconómicos y epidemiológicos asociados a cada región;

b) el monto de recursos disponibles en cada región para financiar dichas necesidades⁹, o sea que las transferencias federales (a los estados y municipios) y estatales (a los municipios) destinarían más recursos a los municipios que tienen menor capacidad de financiamiento frente a sus necesidades; y

c) la adopción de incentivos económicos que, sin desvirtuar la cobertura del cuadro de necesidades, permita premiar a los gestores más eficientes.

En el pasado se han hecho muchos ejercicios basados en fórmulas de distribución de recursos federales para la salud, obteniéndose resultados bastante diferentes (y más equitativos) de los que hoy se registran. Sin embargo, es importante señalar que las desigualdades regionales en el gasto en salud dependen del papel del gobierno federal en su reducción. La solución ofrecida actualmente por el gobierno (fijar un mínimo para el presupuesto local de salud) mitiga el problema pero no lo resuelve.

Autonomía

En lo que se refiere a la autonomía de recursos, la solución es bastante sencilla y consistiría en lo siguiente :

a) ofrecer la posibilidad de que cada estado, municipio o región elija el modelo de gestión de los recursos para la salud que le resulte más adecuado, manteniendo un compromiso con los resultados de salud y no con los medios e instrumentos de política para alcanzarlos;

b) promover la separación entre la regulación y el financiamiento (secretarías estatales o municipales de salud), la organización (instituciones públicas o privadas de gestión de planes de salud) y la prestación de servicios (unidades públicas o privadas de salud de naturaleza hospitalaria o ambulatoria); y

⁹ En este caso, se podría utilizar la EC 29/2000 como criterio para calcular la disponibilidad de recursos.

c) crear incentivos para que todos los establecimientos públicos de salud (hospitales, centros, puestos de salud y unidades de salud familiar) tengan una administración de sus recursos presupuestarios, físicos y humanos autónoma e independiente, de modo que respondan más rápidamente a las exigencias de los usuarios.

Para alcanzar los objetivos de universalidad, cobertura y equidad, la política nacional de salud debe considerar los medios necesarios para asegurar que el sistema de salud sea único en sus resultados, pero flexible en los medios necesarios para alcanzarlos.

Mejora de los indicadores de salud

Aunque los programas como el PACS/PSF puedan tener un gran impacto en la mejora de los indicadores de salud, es fundamental identificar las regiones actualmente responsables por los malos indicadores de salud en Brasil y desarrollar programas especiales de evaluación y acción multisectorial masiva.

Como uno de los indicadores clave de una salud precaria es la mortalidad infantil, el gobierno empezó a mediados de los años noventa a definir acciones como el Programa Comunidad Solidaria y el Programa para la Reducción de la Mortalidad Infantil (PRMI), a fin de identificar los municipios con los peores indicadores de salud y desarrollar paquetes integrales de medidas en las áreas de educación, empleo, salud, alimentación, saneamiento básico y vivienda destinadas a mejorar las condiciones de vida de estas localidades hasta que las mismas puedan revertir su condición de precariedad.

Aunque el PRMI todavía no se ha implementado, podría ser muy eficaz si se evalúa sistemáticamente y se realizan correcciones una vez identificados los problemas.

La participación social y el compromiso de la comunidad también es un aspecto vital para la transformación de la cultura de ciclos viciosos de pobreza y mortalidad en círculos virtuosos de desarrollo y preservación de la vida.

CONCLUSIONES

Los principales problemas que subsisten en el financiamiento de la salud en Brasil se asocian básicamente a: a) la fragmentación del sistema, constituido por un subsistema público (SUS) y un subsistema privado (medicina suplementaria), los cuales no presentan ninguna integración; b) la inequidad del financiamiento, la cual se asocia a la falta de acceso de los grupos de menor ingreso al SUS, que genera una ausencia de cobertura del 12% de la población, y a la inequidad regional de la distribución de los recursos públicos entre estados y municipios, y c) el carácter limitado de la autonomía de las instituciones que componen el sistema público y el hecho de que la gestión del sistema se base en

incentivos a la oferta y no a la demanda, lo cual no genera estímulos para un aumento de la calidad de la atención basado en la competencia entre proveedores.

El camino hacia el futuro para solucionar estos problemas debería abarcar lo siguiente:

a) una mayor integración entre el sector público (SUS) y el sector privado, con la posibilidad de establecer un plan básico de salud que ambos sectores puedan ofrecer a los usuarios, independientemente de su capacidad de pago, asociado a la creación de un subsidio a la demanda para los grupos más pobres a fin de que puedan acceder a ese plan pagando previamente a los organizadores de servicios;

b) una mayor equidad social del sistema, limitando el subsidio público del plan básico a los grupos sin capacidad de pago, según su perfil de riesgo social y epidemiológico;

c) una mayor equidad regional del sistema, a partir del uso de fórmulas de distribución de recursos entre estados y municipios que se basen en la transferencia de sumas fijas a las distintas esferas de gobierno según el riesgo epidemiológico, el grado de autofinanciamiento con recursos fiscales propios, la adecuación de la estructura de oferta al riesgo epidemiológico a través de una nueva ordenación de las inversiones y la adopción de incentivos de acuerdo con la eficiencia y capacidad de resolución de los problemas de salud; y

d) una mayor autonomía local, para que cada estado y municipio pueda elegir el modelo de gestión del sistema público, según sus características sociales, epidemiológicas y de estructura de los servicios, manteniendo los objetivos de cobertura universal y equidad en los resultados del sistema.

CONCLUSIONES

A lo largo de este estudio se evaluaron la magnitud, la evolución, la distribución regional, los resultados y las tendencias de los gastos públicos en salud en Brasil. El objetivo de este capítulo es listar las principales conclusiones extraídas de los datos y análisis presentados.

ASPECTOS GENERALES

El sistema de salud en Brasil aún presenta un desempeño inferior al de otros países latinoamericanos con nivel similar o inferior de gasto en salud, especialmente en lo que se refiere a la esperanza de vida y los años perdidos por discapacidad. Con un gasto en salud superior a US\$400, la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad de los brasileños debería ser de 65 años y no de 59.

No obstante, Brasil avanzó en la mejora de los indicadores de salud en los años noventa, reduciendo la mortalidad infantil y la desnutrición, aumentando el acceso a los servicios de salud, especialmente para mujeres embarazadas y niños, aumentando la cobertura institucional y la atención del parto, aumentando el número de consultas, reduciendo las internaciones hospitalarias innecesarias y aumentando la cobertura de vacunación.

Aun así, en 1998 se estimaba que el 15% de la población no tenía cobertura de salud alguna. La mayor parte de ese sector de la población tenía bajos ingresos. Aproximadamente el 12% de la población que no había terminado primer grado no utilizaba el SUS.

Cabe destacar, por lo tanto, que el país podría haber alcanzado mejores resultados con los recursos que se gastaron en el sistema, lo que evidencia la necesidad de cambios que permitan lograr mayor eficiencia en el sistema.

MAGNITUD DEL GASTO Y DESCENTRALIZACION DEL FINANCIAMIENTO

Los gastos en salud en Brasil llegaron a US\$61.400 millones, lo que equivale al 7,6% del PIB. La mayor parte de estos recursos es financiada directamente por los presupuestos de

las familias (54%). Las empresas financian solamente el 9% de dichos recursos y el sector público es responsable por el 37% del gasto total en salud.

Los gastos públicos en salud, después de bajar de US\$23.900 millones a US\$13.800 millones entre 1989 y 1992, aumentaron considerablemente en los años noventa, llegando a los US\$23.100 millones en 1996. Este aumento de los gastos en salud forma parte del aumento de los gastos sociales, especialmente del gobierno federal. En efecto, los gastos sociales aumentaron su participación en el conjunto de los gastos no financieros del gobierno federal, pasando del 58% al 62% de estos gastos (del 12% al 13% del PIB) entre 1993 y 1998. El gasto en salud representa el tercer componente más importante del gasto social, después de la previsión social y las pensiones de los funcionarios públicos¹.

Durante los últimos años se produjo un intenso proceso de descentralización del financiamiento de la salud debido a: a) el aumento de la participación de los recursos propios de los estados y municipios en el financiamiento público de la salud y b) el aumento de las transferencias federales de recursos a los estados y municipios, con miras a apoyar la autonomía administrativa de los gobiernos locales en la gestión del sistema de salud.

Actualmente, los estados y municipios son responsables por la administración de la mayor parte del gasto público en salud en Brasil. Hoy en día ya no se puede decir, como a comienzos de los noventa, que el gran dilema del financiamiento de la salud en Brasil radica en la responsabilidad del gobierno federal por el financiamiento y la gestión del gasto. En efecto, los gastos federales en salud bajaron del 87% al 54% del gasto público en salud entre 1988 y 1996. El aumento de la participación de los estados en el gasto en salud ha sido impulsado por la determinación del gobierno federal de transferir recursos para atención básica utilizando mecanismos de donaciones de contrapartida.

Entre 1987 y 1998, la participación de los gastos en salud en el presupuesto de los estados pasó del 3% al 9%. Con la aprobación de la Enmienda Constitucional del 29 de enero de 2000 (EC 29/00), dicha participación no podrá ser inferior al 12% a partir de 2005.

La mayoría de las transferencias federales se destinan progresivamente a los municipios, reforzando el papel de dichas esferas como gerentes y proveedores de servicios públicos de salud en el país. En consecuencia, durante los años noventa los gastos corrientes bajan su participación en el conjunto de los gastos federales de salud. Paralelamente, aumenta el peso de las transferencias de recursos hacia los estados y municipios en el conjunto de los gastos federales.

¹ Desde el punto de vista formal, los gastos en previsión social de los funcionarios públicos no deberían ser considerados como gasto social, ya que son parte de los gastos de la administración pública.

Los gastos municipales de salud aumentaron en gran medida su participación en el presupuesto público municipal, pasando del 7% a más del 15% entre 1980 y 1998. Aunque la EC 29/00 fije en 15% el mínimo de participación del gasto en salud en los presupuestos municipales a partir de 2005, la mayoría de los municipios en 1998 ya gastaba más que este porcentaje. Por lo tanto, cabrá a los estados el mayor esfuerzo para cumplir las normas que fijan porcentajes mínimos de gasto en salud en las esferas locales de gobierno.

Los municipios con 400.000 a 800.000 habitantes son los que presentan los mayores niveles de gasto per cápita en salud utilizando recursos propios. Las tendencias internacionales muestran que las ciudades medias tienden a presentar mayores niveles de recaudación propia de recursos y, al mismo tiempo, mayor eficiencia en la gestión de programas sociales.

Los municipios con menos habitantes tienden a presentar menos dependencia financiera de transferencias federales negociadas para la salud que los de mayor porte, lo que se debe, entre otros factores, a que reciben mayores recursos de transferencias automáticas de impuestos federales.

La inversión de recursos propios en la salud ha sido proporcionalmente mayor en los municipios de menor porte.

EL USO DE LOS RECURSOS PUBLICOS PARA LA SALUD

Las principales actividades en que se concentra el gasto en salud son atención médica y sanitaria (entre el 68% y el 73%) y administración (entre el 20% y el 23%). Asimismo, los gastos en administración pesan más en el presupuesto del gobierno federal que en el de los municipios, ya que estos todavía presentan estructuras administrativas más flexibles, con menor grado de utilización de personal administrativo. Por este motivo suena más razonable descentralizar el gasto en salud para aumentar la eficiencia, reducir los gastos innecesarios en personal administrativo y concentrar el presupuesto en los gastos de promoción, prevención y atención de la salud.

La participación de los gastos en vigilancia sanitaria y productos profilácticos y terapéuticos en el presupuesto federal de salud se redujo entre 1994 y 1996. Esa reducción fue acompañada en parte por la descentralización de dichas actividades. En efecto, los municipios ya respondían en 1996 por el 82% de los gastos públicos en vigilancia sanitaria.

MECANISMOS DE FINANCIAMIENTO

En los años noventa hubo una gran inestabilidad en las fuentes de financiamiento del sector salud en Brasil, que generó presiones para aumentar las fuentes de recursos tales

como las derivadas del uso de nuevos impuestos (como la CPMF) para la salud o el uso de mecanismos de endeudamiento del Ministerio de Salud que recurren a fondos públicos como el FAT. A fines de los noventa, en cambio, se observa una situación de mayor estabilidad con la aprobación de la EC 29/00, que vincula recursos del presupuesto en los tres niveles de gobierno para la salud y garantiza una base mínima de financiamiento sectorial a nivel de los estados. Asimismo, como la magnitud de los presupuestos municipales es muy heterogénea, seguirá siendo importante el papel del gobierno federal en la corrección de eventuales desajustes en el acceso a fondos para el sector.

Los flujos de recursos que financian el sistema de salud no generan incentivos adecuados para una mayor eficiencia y control de fraudes, ya que se basan en un sistema de tercero pagador. Es necesario expandir el uso de nuevos mecanismos de pago que posibiliten controles más sencillos e incentivos a los usuarios. La mayoría de los incentivos y formas de pago se rigen por la oferta y no por la demanda, lo cual lleva a la sobreprestación de servicios, la falta de correspondencia entre necesidades epidemiológicas y oferta de servicios, y la selección adversa.

Los mecanismos de capitación con los cuales se financia la atención primaria, como el nivel mínimo de financiamiento para la atención básica (PAB), que empezaron a ser utilizados en 1996, indican una tendencia al cambio en el financiamiento de las acciones de salud, como se vio en el capítulo 9.

HETEROGENEIDAD REGIONAL DE LOS GASTOS EN SALUD

Existe una gran discrepancia entre los niveles de gasto total en salud en cada estado, que se situaron entre US\$440 (Distrito Federal) y US\$65 (Bahía) en 1996. Aunque el gasto federal sea el mayor componente del gasto público, existe una gran heterogeneidad en los niveles de participación federal en la composición del total del gasto en salud en cada estado. En Rondonia, por ejemplo, la dependencia es del 96%, mientras que en Rio Grande do Sul es solamente del 29%.

Los estados más pobres del norte y nordeste son los que presentan mayor dependencia financiera de los gastos federales en salud. En cambio, los estados del sur y sudeste muestran una mayor participación del gasto propio de los municipios en los gastos públicos en salud.

GASTOS Y RESULTADOS EN EL AMBITO DE LA SALUD

No hay una correlación entre el gasto público per cápita en salud y el PIB per cápita. Tampoco hay correlación entre las transferencias federales y el PIB per cápita de cada

estado. Por lo tanto, no hay ningún sentido de equidad en las transferencias asociadas al gasto en salud del gobierno federal a los estados.

En lo que atañe a los indicadores de salud, la magnitud de las tasas de mortalidad infantil está directamente correlacionada con la magnitud del PIB per cápita. Por otro lado, no hay correlación entre las tasas de mortalidad infantil y el gasto público per cápita en salud.

Existe, por otro lado, una fuerte correlación entre las tasas de mortalidad infantil y la calidad de los sistemas de registro de información sobre la salud: cuanto mejores son dichos sistemas, menor es la tasa de mortalidad infantil. La calidad de los registros de información sobre la salud puede utilizarse en este caso como sustituto del esfuerzo de organización del sistema de salud de cada estado. Por lo tanto, el aumento de los recursos para el financiamiento de los sistemas locales de salud es una condición necesaria pero insuficiente para garantizar mejores resultados en los programas de salud. Ciertos factores administrativos, como la mejora de la calidad de la información estadística, son decisivos para la mejora de la calidad de la atención de salud.

NUEVAS PERSPECTIVAS EN EL FINANCIAMIENTO DE LA DESCENTRALIZACION

Durante la segunda mitad de los años noventa se produjo un gran cambio en la mecánica del gasto público en salud, con la implementación de los programas descentralizados de atención básica de salud, los cuales implicaron gastos equivalentes a US\$2.000 millones en 1998 (16,1% del gasto federal en salud).

Se estima que dichos programas adquirirán más importancia en los próximos años, pasando a consumir mayores recursos de todas las esferas de gobierno. El cuadro A 30 del apéndice estadístico muestra una síntesis de los gastos y la población beneficiaria de dichos programas en 1998.

Dicho cambio podrá representar, en el futuro, un aumento de la eficiencia del sistema al reducir la demanda por gastos asociados a la medicina curativa, en función de mayores inversiones en promoción de la salud y prevención de enfermedades transmisibles y crónicas, asociadas al perfil epidemiológico de cada región del país.

La Norma Operacional de la Atención de Salud (NOAS-SUS 01/2001) propone un nuevo modelo de descentralización de los servicios de salud basado en el concepto de regionalización. Los principales cambios introducidos por la NOAS son 1) un nuevo modelo según el cual las actividades ambulatorias (incluidas las de poca y mediana complejidad) pasan a ser financiadas por una suma per cápita establecida a nivel nacional y ajustada al perfil de necesidades de cada región, de conformidad con criterios definidos en el Plan de Regionalización y respetando los topes financieros por estado o municipio; 2) los procedimientos de tecnología avanzada seguirán siendo financiados parcialmente a través

del Fondo de Acciones Estratégicas y Compensación (FAEC), el cual ya financiaba en el sistema anterior parte de los costos de los procedimientos de tecnología avanzada; y 3) el financiamiento de los hospitales públicos dejará de tener la producción de servicios como parámetro para la remuneración, pasando a depender de metas establecidas de común acuerdo por estados y municipios en los cuales se encuadra el hospital.

Tras la aprobación de la Enmienda Constitucional 29/00 del SUS, el gobierno federal, los estados y los municipios deberán gastar un mínimo de 10%, 12% y 14% del presupuesto del gobierno, respectivamente, en programas de salud hasta 2005. Se estima que, entre 2000 y 2004, el total del gasto público aumentará del 3,3% al 3,7% del PIB, lo que no es muy significativo, ya que tal medida influirá más en la estabilidad que en el aumento de los gastos en salud. El impacto de la enmienda será mayor en el crecimiento de los gastos de los estados que en otros niveles de gobierno.

PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS FUTURAS DEL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN BRASIL

Los principales problemas que subsisten en el financiamiento de los servicios de salud en Brasil se asocian básicamente a 1) la fragmentación del sistema, constituido por un subsistema público (SUS) y un subsistema privado (medicina suplementaria), los cuales no presentan ninguna integración; 2) la inequidad del financiamiento, la cual se asocia a la falta de acceso de los grupos de menor ingreso al SUS, que genera una ausencia de cobertura del 12% de la población, y a la inequidad regional de la distribución de los recursos públicos entre estados y municipios, y 3) el carácter limitado de la autonomía de las instituciones que componen el sistema público y el hecho de que la gestión del sistema se base en incentivos a la oferta y no a la demanda, lo cual no genera estímulos para un aumento de la calidad de la atención basado en la competencia entre proveedores.

El camino hacia el futuro para solucionar estos problemas debería abarcar lo siguiente:

- a) una mayor integración entre el sector público (SUS) y el sector privado (SSS), con la posibilidad de establecer un plan básico de salud que ambos sectores puedan ofrecer a los usuarios, independientemente de su capacidad de pago, asociado a la creación de un subsidio a la demanda para los grupos más pobres a fin de que puedan acceder a ese plan pagando previamente a los organizadores de servicios;
- b) una mayor equidad social del sistema, limitando el subsidio público del plan básico a los grupos sin capacidad de pago, según su perfil de riesgo social y epidemiológico;
- c) una mayor equidad regional del sistema, a partir del uso de fórmulas de distribución de recursos federales entre los estados y los municipios que se basen en la transferencia de sumas fijas a las distintas esferas de gobierno según el riesgo epidemiológico, el

grado de autofinanciamiento con recursos fiscales propios, la adecuación de la estructura de oferta al riesgo epidemiológico a través de un nuevo ordenamiento de las inversiones y la adopción de incentivos de acuerdo con la eficiencia y capacidad de resolución de los problemas de salud; y

d) una mayor autonomía local, para que cada estado y municipio pueda elegir el modelo de gestión del sistema público, según sus características sociales, epidemiológicas y de estructura de los servicios, manteniendo los objetivos de cobertura universal y equidad en los resultados del sistema.

El camino del SUS hacia el futuro debe ser planeado no solamente como una continuación del proceso que viene siendo implementado por el gobierno federal en el área de la salud, sino también como una visión más pragmática de la forma de resolver, a un costo socialmente sostenible, los problemas persistentes de fragmentación institucional, inequidad en el financiamiento, falta de autonomía en la gestión de las unidades de salud y falta de compromiso con indicadores y metas de salud. Si es posible dividir la historia del SUS en tres momentos, se podría decir que, entre 1988 y 1993, se definieron los principios y se creó la conciencia de los derechos al acceso universal a la salud, y entre 1994 y 2000 se lograron los medios financieros y los acuerdos políticos para implementarlos. El tercer momento, que podría empezar con las medidas que se recomiendan, sería la definición de los instrumentos que realmente garanticen la vigencia de los derechos a la salud expresados en la Constitución de 1988.

Página en blanco a propósito

BIBLIOGRAFIA

- ALBUQUERQUE, C.C.S. "Visão estratégica do sistema de saúde brasileiro". Porto Alegre, enero de 1997, documento mimeografiado.
- AMADEO, E., LEVY, J.V.F., SIGELMANN, D., MELO FILHO, P.G.M., SILVA FILHO, G.A. y FAUSTO, S. "Orçamento Social da União". Ed. Ministerio da Fazenda, Secretaria de Política Económica, Brasília, diciembre de 2000, documento mimeografiado.
- ANDRADE, V. "Informação em Saúde: Para que e para quem?". Ed. Ministerio da Saúde, julio de 1998, documento mimeografiado.
- ANDRADE, F.C., ARAUJO, H.E., CAMARANO, A.C. y CARNEIRO, I.G. 1998. "Mudanças no Perfil Epidemiológico da População Brasileira". En: *População Brasileira, Como Vai?*, Ano III, Nº 2. Encarte, Brasília (DF), agosto de 1998.
- ARRETCHE, M.T., y RODRIGUEZ, V., "Universalizar e Descentralizar a Atenção a Saúde". Ed. IESP/FUNDAP, São Paulo, 1999, documento mimeografiado.
- "AVANÇA BRASIL: Mais Quatro Anos de Desenvolvimento para Todos". Proposta do Governo Fernando Henrique Cardoso. Ed. Coligação União, Trabalho e Progresso PSDB-PFL-PPB-PTB-PSD, Brasília, 1998.
- BARRETO, M.L., CARMO, E.H., SANTOS, C.A.S. y FERREIRA, L.D.A. 1996. "Emergentes, Re-emergentes e Permanentes: Tendências Recentes das Doenças Infecciosas e Parasitárias no Brasil". En: *Informe Epidemiológico do SUS*, Ano V, Nº 3. Ed. SENEPI/Ministério da Saúde, Brasília, jul-set. 1996.
- BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. 1996. "Cómo organizar con éxito los servicios sociales". En: *Progreso Económico y Social en América Latina – Informe 1996*. BID, Washington, 1996.
- BANCO MUNDIAL. "Brasil: A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: Uma Agenda para os Anos 90". Relatório No. 12655-BR. Ed. Banco Mundial, Brasília, enero de 1995.
- BENÍCIO, M.H.D. y MONTEIRO, C.A. 1997. "Desnutrição Infantil nos Municípios Brasileiros: Risco de Ocorrência". Ed. NUPENS, Universidad de São Paulo (USP), São Paulo (SP), 1997, documento mimeografiado.
- BRESSER PEREIRA, L. C. 1998. "Reforma do Estado para a Cidadania: A Reforma Gerencial Brasileira na Perspectiva Internacional". Ed. ENAP/Editora Nacional, 1998.
- BRASIL, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. "Pesquisa de Orçamentos Familiares: POF (1987–1996)". Rio de Janeiro, 1998, versión electrónica de los microdatos.

- BRASIL, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. "Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios". En: *Suplemento Especial de Saúde – 1998*. Rio de Janeiro, 1999.
- BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE, SECRETARIA EXECUTIVA. *DATASUS*, Dados de Produção de Serviços. Disponible: www.datasus.gov.br.
- BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE. "Estabelece o Piso de Atenção Básica e sua composição". Portaria 1882/GM de 18 de dezembro de 1997.
- BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE. "Relatorio de Acompanhamento das Ações e Metas Prioritárias". Brasília, primer semestre de 1998, documento mimeografiado.
- BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE GESTÃO DE INVESTIMENTOS EM SAÚDE. "Gastos Municipais com Saúde: Indicadores Municipais 1998". Ed. SIOPS, Brasília, marzo de 2000, documento mimeografiado.
- BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE GESTÃO DE INVESTIMENTOS EM SAÚDE. "Estimativas de Impacto da EC No. 29/00". Ed. SIOPS, Brasília, diciembre de 2000, documento mimeografiado.
- BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ASSISTENCIA A SAÚDE. "Manual para a organização da atenção básica". Ed. Ministerio da Saúde, Brasília, noviembre de 1998.
- BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE. "NOB-SUS 01/96- Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, publicada no D.O.U. de 6/11/1996". Brasília, 1997.
- BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE. *Emenda Constitucional No. 29/2000*. Brasília, 2000.
- ELIAS, P.E. 1997. "Novas Formas de Gestão na Saúde: A experiência do Plano de Atendimento a Saúde (PAS), no Município de São Paulo". Trabajo presentado en el V Congreso Brasileño de Salud Colectiva/V Congreso Paulista de Salud Pública. Ed. FMUSP/CEDEC, São Paulo (SP), 1997, documento mimeografiado.
- DIARIO OFICIAL DA UNIÃO. Portaria 1882/GM de 18/12/97. Publicada en 22/12/97.
- DIAZ, M.D.M y CAMPINO, A.C.C. "Inequalities in Health: Gender Differences – Brazil". São Paulo, 1999, documento mimeografiado.
- DIAZ, M.D.M. "Health Inequalities". En: CAMPINO, A.C.C., org. "Equity in Health in LAC – Brazil". FIPE/USP, São Paulo, 1999, documento mimeografiado.
- ENTHOVEN, A. 1997. "Market-Based Reform of U.S. Health Care Financing and Delivery: Managed Care and Managed Competition". En: SHIEBER (1997), pp. 195-214.
- FERNANDES, M. A. C.; OLIVEIRA, M. M. S., ROCHA, D.C.C. *et al.* 1998a. "Dimensionamento e Acompanhamento do Gasto Social Federal". Texto para Discussão No. 547. IPEA, Brasília, febrero de 1998.
- ; ROCHA, D.C.C; OLIVEIRA, M.M.S. *et al.* 1998b. "Gasto Social das Três Esferas de Governo – 1995". Texto para Discussão No. 598. IPEA, Brasília, octubre de 1998.
- FISZBEYN, C., SÁ, E.N.C., SAKAYAN, M.C. *et al.* 1997. "Análise Orçamentária do Plano de Atendimento à Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo". Trabajo presentado en el V Congreso Brasileño de Salud Colectiva / V Congreso Paulista de Salud Pública. Ed. FSP/USP, São Paulo (SP), 1997, documento mimeografiado.

- GOVINDARAJ, R.C., MURRAY, C., y CHELLARAJ, G. 1995. "Health Expenditures in Latin America". World Bank Technical Paper No. 274.
- LAVINAS, L. y MAGINA, M. 1996. "Atlas Regional das Desigualdades: Banco de Dados com Indicadores Sócio-Econômicos por UF e macro-regiões". IPEA/DIPES, Rio de Janeiro, 1996.
- LEWIN, M.E. 1985. "The Health Policy Agenda: Some Critical Questions". Ed. AEI, Washington DC, 1985.
- LEWIS, M.E., y MEDICI, A.C. 1995. "Private Payers of Health Care in Brazil: Characteristics, Costs and Coverage". En: *Health Policy and Planning – a Journal on Health in Development*, Vol. 10., Nr. 4. Oxford University Press y The London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, diciembre de 1995, pp. 362-375.
- LEWIS, M.E., y MEDICI, A.C. 1997. "The Challenge of Health Care Reform in Brazil: Balance and Trends". Technical Notes RE1-97-004. Inter-American Development Bank, mayo de 1997.
- LONDOÑO, J.L. y FRENK, J. 1997. "Structured Pluralism: towards an innovative model for Health system reform in Latin America". *Health Policy and Planning* 41:1-36, 1997.
- MATEOS, S.B. 1998. "Saúde: Críticos Condenam Cortes e Baixos Salários". En: *O Estado de São Paulo*. São Paulo, domingo 1º de noviembre de 1998.
- MEDICI, A.C. 1994. "Considerações sobre a Relação entre Saúde e Pobreza". En: *Revista Paranaense de Desenvolvimento*, Nº 83. Ed. IPARDES, septiembre/diciembre de 1994, pp. 99-113.
- MEDICI, A.C. 1995. "Saúde: Modelos de Gestão Descentralizada – Alternativas para o Brasil". En: VELLOSO *et al.* (1995).
- MEDICI, A.C. 1997a. "A Economia Política das Reformas de Saúde". Ed. IAHCS, Porto Alegre (RS), 1997.
- MEDICI, A.C. 1997b. "A Dinâmica do Setor Saúde no Brasil: Transformações e Tendências nas Décadas de 80 e 90". En: *Cuadernos de la Cepal*, Nº 82. Ed. CEPAL, Santiago de Chile, 1997.
- MEDICI, A.C. 1998. "Wood Robin na Floresta do SUS". En: *Insight Inteligência*, Ano I, Nº 3. Rio de Janeiro (RJ), mayo-julio de 1998.
- MEDICI, A.C. "Uma Década de SUS (1988-1998): Progressos e Desafios". En: DIAZ, J y GALVÃO, L. "Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil". Ed. HUCITEC y Population Council, São Paulo, 1999.
- MEDICI, A.C., BELTRÃO, K.I. y OLIVEIRA, F. 1992. "A Política de Medicamentos no Brasil". Documentos de Política Nº 09. Ed. IPEA, Rio de Janeiro (RJ), marzo de 1992.
- MEDICI, A.C. y CZAPSKI, C. 1995. "Evolução e Perspectivas dos Gastos Públicos com Saúde no Brasil – Public Health Expenditures Review". Texto preparado para el Banco Mundial. Brasília (DF), noviembre de 1995, documento mimeografiado.
- MEDICI, A.C., y BELTRÃO, K.I. 1996. "Financiamento dos Programas de Planejamento Familiar no Brasil: Estratégias Econômicas de Sustentação". TD/IESP No. 28. Ed. FUNDAP/IESP, enero de 1996, 49p.

- MEDICI, A.C., LONDOÑO, J.L., COELHO, O. y SAXENIAN, H. 1997. "Managed Care and Managed Competition in Latin America and the Caribbean". En: SHIEBER (1997).
- MEDICI, A.C. y MACIEL, M.C.M. "A Dinâmica do Gasto Social nas Três Esferas de Governo". En: AFFONSO, R.B., y SILVA, P.L.B. "Descentralização e Políticas Sociais". Série Federalismo no Brasil. Ed. FUNDAP, São Paulo (SP), 1996.
- MENDES, E.V. 1998a. "A Pia Entupida: A Política de Serviços de Saúde no Governo Fernando Henrique Cardoso". Texto de Apoio No. 3. Escola de Saúde de Minas Gerais/Fundação Ezequiel Dias, Belo Horizonte (MG), marzo de 1998.
- MENDES, E.V. 1998b. "O Sistema de Serviços de Saúde no Brasil". Ed. OPS, Brasília, septiembre de 1998, documento mimeografiado.
- MILLER, V.J. 1985. "Recent Changes in Federal Grants and State Budgets". En: LEWIN (1985).
- MONTEIRO, C.A., BENÍCIO, M.H.D. y FREITAS, I.C.M. 1997 "Melhoria dos Indicadores de Saúde Associados à Pobreza no Brasil dos Anos 90: Descrição, Causas e Impacto sobre as Desigualdades Regionais". USP/NUPENS, São Paulo (SP), octubre de 1997, documento mimeografiado.
- MUSGROVE, P. 1995. "Cost Effectiveness and Health Sector Reform". Human Resources Development and Operational Policy Working Papers 48. World Bank, Washington (DC), 1995.
- MUSGROVE, P. 1996. "Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns". Discussion Paper 339. World Bank, Washington (DC), 1996.
- OLIVEIRA JR., M. "Critérios para repasse dos recursos federais/Papel Redistributivo do Governo Federal e Estadual no Financiamento a Saúde". Ed. NESCON/UFMG, enero de 2001, documento mimeografiado.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Ginebra, OMS, 2000.
- PIOLA, S. y NUNES, A. "National Health Accounts". En: CAMPINO, A.C.C., org. "Equity in Health in LAC – Brazil". FIPE/USP, São Paulo, 1999, documento mimeografiado.
- QUINTO NETO, A. y GASTAL, F.L. 1997. "Acreditação Hospitalar: Proteção dos Usuários, dos Profissionais e das Instituições de Saúde". Ed. IAHCS, Porto Alegre (RS), 1997.
- RIBEIRO, J.A. y FERNANDES, M.A. "Acompanhamento e dimensionamento do gasto social federal: considerações metodológicas e resultados para os anos 90". En: *Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise*, N° 1. Ed. IPEA, junio de 2000.
- ROCHA, S. 1997. "Crise, Estabilização e Pobreza: 1990 a 1995". *Conjuntura Econômica*, 51(1): 22-6. Rio de Janeiro, 1997.
- SIMÕES, C.C.S. 1998. "As Estimativas de Mortalidade Infantil para as Microrregiões e Municípios do Programa de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI), Segundo Relatório de Consultoria realizada para o Banco Interamericano de Desenvolvimento". Rio de Janeiro, marzo de 1998, documento mimeografiado.
- SHIEBER, G.J. 1997. "Innovations in Health Care Financing: Proceedings of a World Bank Conference – march 10–11, 1997". World Bank Discussion Paper, No. 365. Washington (DC), julio de 1997.

- SOCIEDADE CIVIL BEM ESTAR FAMILIAR NO BRASIL (BEMFAM). 1996. "Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde". Rio de Janeiro (RJ), 1996.
- THE WORLD BANK. 1989. "Brazil – Adult Health in Brazil: Adjusting to New Challenges". Report N° 7807-BR. The World Bank, Washington (DC), 14 de noviembre de 1989.
- THE WORLD BANK. 1994. "Brazil – The Organization, Delivery and Financing of Health Care in Brazil: Agenda for the 90's". The World Bank, Washington (DC), 30 de junio de 1994.
- THE WORLD BANK. 1996. "Brazil – Health Sector Reform Project: Staff Appraisal Report". Ed. World Bank, Washington (DC), 21 de mayo de 1996.
- THE WORLD BANK, OPERATIONAL EVALUATION DEPARTMENT. "The Brazil Health System: A Sector Impact Study". Washington, marzo de 1998, documento mimeografiado.
- TRINDADE, C.A y RODRIGUES, P.H. "Pesquisa sobre o que os brasileiros pensam sobre saúde revela apoio ao SUS e grande bom senso da população". En: *Jornal do CONASEMS*, Ano III, No.44. Brasília, julio/agosto de 1998, pp. 8–9.
- VELLOSO, J.P.R., ALBUQUERQUE, R.A., KNOOP, J., coords. 1995. "Políticas Sociais no Brasil: Descentralização, Eficiência e Equidade". Ed. Forum Nacional/INAE e ILDES/Fundação Friedrich Ebert, Rio de Janeiro (RJ), 1995.
- VIANNA, S.M., PIOLA, S.F. y REIS, C.O.O. 1998. "Gratuidade do SUS: Controvérsia em Torno do Co-pagamento". TD N° 587. Ed. IPEA, Brasília, septiembre de 1998.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1985. "Women's Health and Development: A Report by the General Director". WHO, Ginebra, 1985.

Página en blanco a propósito

APENDICE ESTADISTICO

Página en blanco a propósito

Cuadro A 1. Evolución del gasto público en salud según el origen de los recursos, 1980–1999

(En millones de dólares de Estados Unidos de diciembre de 1998)

Año	Gasto federal	Gasto estadual	Gasto municipal	Gasto público total
1980	9.778,0	2.332,7	962,0	13.072,7
1981	9.004,0	2.160,9	888,8	12.053,7
1982	9.400,3	1.909,9	1.045,8	12.356,0
1983	7.824,0	1.861,4	911,3	10.596,7
1984	8.233,4	2.140,0	1.060,5	11.433,9
1985	10.573,8	2.523,1	1.343,9	14.440,8
1986	9.534,5	2.685,1	1.452,3	13.671,9
1987	14.747,3	1.325,0	1.435,9	17.508,2
1988(*)	15.400,7	-95,4	2.482,3	17.787,6
1989	19.172,4	2.067,8	2.676,2	23.916,4
1990	13.659,1	2.467,4	2.177,2	18.303,7
1991	11.344,1	2.000,8	1.575,6	14.920,5
1992	10.010,2	2.045,7	1.776,0	13.831,9
1993	10.294,6	s.d.	s.d.	s.d.
1994	10.441,6	3.705,1	2.883,9	17.030,6
1995	14.500,3	4.275,0	3.969,8	22.745,1
1996	12.420,5	4.285,5	6.419,4	23.125,4
1997	14.822,7	s.d.	s.d.	s.d.
1998	13.278,0	s.d.	s.d.	s.d.
1999	13.349,1	s.d.	s.d.	s.d.

Fuente: Instituto de Economía del Sector Público (IESP) de la Fundación de Amparo a la Administración Pública (FUNDAPE) del gobierno del estado de São Paulo (datos de 1980 a 1992) e Instituto de Investigación Económica Aplicada (IPEA), Dirección de Investigación (DIPES), del gobierno federal (datos de 1993 a 1999). (*) Los gastos estaduais propios negativos en 1988 se explican en el capítulo 2.

Cuadro A 2. Población cubierta e ingreso bruto del sector de seguros médicos privados en Brasil, 1987–1996

Tipos de cobertura	1987	1989	1991	1992	1993	1994	1996
Población cubierta (en millones)							
Medicina de grupo	13,0	15,0	13,5	15,0	16,0	16,0	17,3
Cooperativas médicas	3,5	7,3	8,0	8,0	8,5	8,5	10,0
Empresas de seguro médico	0,8	0,9	1,2	2,5	3,0	5,0	6,0
Planes de administración/autogestión	5,1	7,9	5,8	6,5	6,9	8,0	9,0
TOTAL	22,4	31,1	28,5	32,0	34,4	37,5	42,3
Ingreso bruto del sector (en miles de millones de US\$ de diciembre de 1998)							
Medicina de grupo	1,0	1,0	1,6	2,0	2,4	2,6	3,7
Cooperativas médicas	0,3	0,6	1,1	1,3	1,8	1,8	3,5
Empresas de seguro médico	0,1	0,1	0,6	0,7	1,1	0,8	3,0
Planes de administración/autogestión	0,4	0,7	0,9	0,9	1,1	2,0	4,6
TOTAL	1,8	2,4	4,2	4,9	6,4	7,2	14,8

Fuente: Informes de la Empresa "Tower, Terrin, Foster and Crosby" (TTFyC 1994 y 1996), Asociación Brasileña de Medicina de Grupo de Empresa (ABRAMGE), Asociación Brasileña de Salud de las Empresas (ABRASPE), UNIMED y Federación Nacional de Empresas de Seguros (FENASEG 1987–1993).

Cuadro A 3. Gastos en salud como porcentaje del PIB: América Latina y el Caribe, 1997 (estimación del ISM del Banco Mundial/OMS)

Países	Ingreso per cápita (en US\$) de 1997	Gasto en salud con porcentaje del PIB					
		Total		Públicos		Privados	
		IBM	ISM	IBM	ISM	IBM	ISM
Argentina	8.243	9,8	8,2	4,2	4,7	5,6	3,5
Bahamas	13.305	4,3	5,9	2,5	2,9	1,8	3,0
Barbados	8.164	7,1	7,3	4,7	4,6	2,4	2,7
Belice	3.745	2,8	4,7	2,3	2,4	0,5	2,3
Bolivia	1.017	2,7	5,8	1,1	3,4	1,6	2,4
Brasil	4.908	7,3	6,5	3,4	3,2	3,9	3,3
Chile	5.164	4,1	6,1	2,5	3,0	1,6	3,1
Colombia	2.656	9,4	9,3	4,9	5,1	4,5	4,2
Costa Rica	2.598	8,9	8,7	6,7	6,7	2,2	2,0
Cuba	2.079	—	6,3	—	5,5	—	0,8
Dominica	4.700	6,0	6,0	3,9	3,9	2,1	2,1
República Dominicana	1.857	5,2	4,9	1,6	1,9	3,6	3,0
Ecuador	1.630	4,7	4,6	2,5	2,4	2,2	2,2
El Salvador	2.600	7,0	7,0	2,6	2,6	4,4	4,4
Guatemala	1.708	2,2	2,4	1,5	1,5	0,7	0,9
Guyana	882	5,1	5,1	4,3	4,0	0,8	1,1
Haití	391	3,4	4,6	1,3	1,6	2,1	3,1
Honduras	787	8,2	7,5	2,7	2,7	5,5	4,8
Jamaica	2.483	4,5	6,0	2,1	3,4	2,4	2,6
México	4.286	4,7	5,6	2,8	2,3	1,9	3,3
Nicaragua	438	10,0	8,0	4,6	4,3	5,5	3,7
Panamá	3.173	7,7	7,5	5,5	5,6	2,1	2,0
Paraguay	1.893	7,7	5,6	2,6	2,0	5,0	3,6
Perú	2.661	5,6	5,6	2,2	2,2	3,4	3,4
Suriname	1.500	—	7,6	—	2,6	—	5,0
Uruguay	6.600	8,6	10,0	1,9	2,0	6,8	8,0
Venezuela	3.846	—	3,9	—	2,6	—	1,3

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2000).

Cuadro A 4. Gastos per cápita en salud, esperanza de vida al nacer y años de vida perdidos por discapacidad en América Latina y el Caribe, 1997

Países	Gasto per cápita anual en salud (en dólares internacionales de 1997) (ISM)	Indicadores de salud				
		Esperanza de vida al nacer (en años)		Años de vida perdidos por discapacidad		Esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (EVAD)
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
Argentina	823	70,6	77,8	6,8	8,2	66,7
Bahamas	1.230	67,0	73,6	10,3	12,0	59,1
Barbados	814	72,7	77,8	10,3	10,2	65,0
Belice	212	69,6	75,0	11,1	11,6	60,9
Bolivia	153	60,7	62,2	8,3	8,1	53,3
Brasil	428	63,7	71,7	8,5	8,8	59,1
Chile	581	73,4	79,9	7,4	8,6	68,6
Colombia	507	68,1	74,1	7,8	8,6	62,9
Costa Rica	489	74,2	78,9	9,0	10,8	66,7
Cuba	109	73,5	77,4	6,2	8,0	68,4
Dominica	286	74,0	80,2	6,8	8,0	69,8
República Dominicana	202	71,4	72,8	9,2	9,9	62,5
Ecuador	186	67,4	70,3	7,5	8,2	61,0
El Salvador	228	66,9	73,0	8,3	8,5	61,5
Guatemala	87	60,2	64,7	8,1	8,3	54,3
Guyana	130	65,6	72,2	8,4	8,9	60,2
Haití	55	50,6	55,1	8,2	9,8	43,8
Honduras	156	68,2	70,8	8,2	8,5	61,1
Jamaica	212	75,0	77,4	8,4	9,5	67,3
México	421	71,0	77,1	8,6	9,6	65,0
Nicaragua	150	64,8	68,8	8,4	8,9	58,1
Panamá	449	72,6	75,8	7,8	8,6	66,0
Paraguay	206	69,6	74,1	8,9	8,8	63,0
Perú	246	65,6	69,1	7,6	8,2	59,4
Suriname	257	68,1	73,6	7,9	8,3	62,7
Uruguay	849	70,5	77,8	6,4	7,9	67,0
Venezuela	298	70,9	76,2	8,1	9,0	65,0

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2000). Los AVAD de Brasil fueron calculados por la OMS a partir de datos básicos del Centro Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud.

Cuadro A 5. Tasas de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos) en Brasil, 1997.
Valores máximos y mínimos de los municipios de cada estado

Estado	Valores máximos y mínimos de los municipios de cada estado		
	Máximo (1)	Mínimo (2)	Relación (1)/(2)
Alagoas	119,33	53,83	2,22
Paraíba	108,61	37,56	2,89
Rio Grande do Norte	106,15	42,48	2,50
Maranhão	100,73	35,08	2,87
Pernambuco	98,07	37,13	2,64
Ceará	97,00	46,22	2,10
Sergipe	82,19	39,39	2,09
Bahia	79,08	23,80	3,32
Pará	77,90	26,46	2,94
Acre	71,29	39,89	1,79
Piauí	67,52	30,37	2,22
São Paulo	56,01	20,02	2,80
Amazonas	54,05	23,68	2,28
Mato Grosso	52,00	20,25	2,57
Tocantins	51,30	24,05	2,13
Amapá	51,04	25,25	2,02
Roraima	48,23	30,13	1,63
Santa Catarina	45,74	14,32	3,20
Minas Gerais	44,52	22,58	1,97
Paraná	44,31	23,45	1,89
Goiás	43,33	23,92	1,81
Rondônia	40,41	26,08	1,55
Mato Grosso do Sul	39,74	18,40	2,16
Rio de Janeiro	39,58	20,11	1,97
Espírito Santo	38,12	23,13	1,65
Rio Grande do Sul	25,24	15,11	1,67
Brasil	119,33	14,32	8,33

Fuente: E, Simões, C,C,S, 1998.

Cuadro A 6. Brasil: Algunos indicadores sociales asociados a la disminución de la mortalidad infantil y de la desnutrición en Brasil, 1986 y 1996

Indicadores sociales	Años		
	1986	1996	Crecimiento (%)
Indicadores de acceso a los servicios de salud			
Porcentaje de embarazadas con asistencia previa al parto	75,7	87,5	15,6
Porcentaje de embarazadas con asistencia en el parto	82,2	93,3	13,5
Porcentaje de menores de 5 años vacunados	55,0	81,2	47,6
Porcentaje de menores de 5 años con atención médica	92,1	96,8	5,1
Otros indicadores			
Porcentaje del ingreso del 40% más pobre	7,98	8,24	3,3
Porcentaje de personas por debajo de la línea de pobreza	29,2	25,6	(12,3)
Porcentaje de hogares urbanos con red de abastecimiento de agua	71,5	84,3	17,9
Porcentaje de hogares urbanos con acceso a la red de alcantarillado	55,5	56,0	0,9
Porcentaje de madres con menos de cuatro años de educación	43,3	28,0	(35,3)
Porcentaje de madres con menos de ocho años de educación	75,8	68,1	(10,2)
Tasa de fecundidad total (hijos por mujer en edad fértil)	3,5	2,3	(34,3)

Fuente: BEMFAM – Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 1986 y 1996.

Cuadro A 7. Distribución porcentual relativa de la población según el uso del SUS y el nivel de escolaridad en Brasil, 1998

Grado de utilización del SUS	Hasta 1º grado incompleto	De 1º grado completo a 2º grado incompleto	De 2º grado incompleto a superior Incompleto	Superior completo	Total
Exclusivo	54	41	24	5	36
Frecuente	20	22	22	9	20
Eventual	14	23	35	38	23
No usuario	12	14	19	48	21
Total	100	100	100	100	100

Fuente: Instituto Brasileño de Encuestas de la Opinión Pública (IBOPE)

Cuadro A 8. Gastos federales en salud brutos (origen de los recursos) y netos (responsabilidad por el gasto), 1982–1999

(En millones de US\$ de diciembre de 1998)

Años	Gastos federales según el origen de los recursos (1)	Transferencias negociadas a estados (2)	Transferencias negociadas a municipios (3)	Gastos federales según la responsabilidad (4)=(1) –(2) –(3)	(2 +3)/ (1) (%)
1982	9.400,3	561,2	—	8.838,8	6,0
1983	7.824,0	477,1	—	7.346,9	6,1
1984	8.233,4	452,5	—	7.780,9	5,5
1985	10.573,8	859,2	37,0	9.677,6	8,5
1986	9.534,5	914,3	298,9	8.321,3	12,7
1987	14.743,7	2.989,1	575,0	11.179,6	24,2
1988	15.400,7	6.321,1	44,7	9.034,9	41,3
1989	19.172,4	5.944,0	284,6	12.943,8	32,5
1990	13.659,1	3.538,5	506,5	9.614,1	29,6
1991	11.344,1	2.413,9	1.120,3	7.809,9	31,5
1992	10.010,2	307,9	—	9.702,3	3,1
1993	10.294,6	855,7	137,3	9.301,6	9,6
1994	10.441,6	628,8	188,7	9.624,1	7,8
1995	14.500,3	796,1	698,8	13.005,4	10,3
1996	12.420,5	479,9	1.379,3	10.561,3	15,0
1997	14.822,7	660,0	1.930,0	12.283,3	17,4
1998	13.278,0	742,2	3.383,6	9.152,2	31,1
1999	13.349,1	842,2	4.036,7	8.470,2	36,5

Fuente: Series históricas construidas por el IESP/FUNDAP y la Dirección de Política Social (DISOC) del IPEA. Los datos fueron convertidos sobre la base de R\$ y posteriormente US\$ de diciembre de 1998, utilizando series mensuales de gasto, con miras a evitar fluctuaciones derivadas de las altas tasas de inflación del período.

Cuadro A 9. Gastos estatales en salud brutos (origen de los recursos) y netos (responsabilidad por el gasto), 1982–1996

(En millones de US\$ de diciembre de 1998)

Años	Gastos estatales según origen de los recursos (1)	Transferencias negociadas del gobierno federal a los estados (2)	Transferencias negociadas para los municipios (3)	Gastos estatales según la responsabilidad (4)=(1) + (2) –(3)	(2) / (1) (%)
1982	1.909,9	561,2	—	2.471,1	29,4
1983	1.861,4	477,1	—	2.338,5	25,6
1984	2.140,0	452,5	—	2.592,5	21,1
1985	2.523,1	859,2	—	3.382,3	34,1
1986	2.685,1	914,3	—	3.599,4	34,1
1987	1.325,0	2.989,1	—	4.314,1	225,6
1988	–95,4	6.321,1	—	6.225,7	—
1989	2.067,8	5.944,0	—	8.011,8	287,4
1990	2.467,4	3.538,5	—	6.005,9	143,4
1991	2.000,8	2.413,9	—	4.414,7	120,6
1992	2.045,7	307,9	—	2.353,6	15,1
1993	2.875,4	855,7	—	2.731,1	29,8
1994	3.705,1	628,8	103,2	4.230,7	17,0
1995	4.275,0	796,1	217,0	4.854,1	18,6
1996	4.285,5	479,9	252,4	4.513,0	11,2

Fuente: Series históricas construidas por el IESP/FUNDAP y DISOC/IPEA.

Cuadro A 10. Gastos municipales en salud brutos (origen de los recursos) y netos (responsabilidad por el gasto) 1985–1996

(En millones de US\$ de diciembre de 1998)

Años	Gastos municipales según el origen de los recursos (1)	Transferencias negociadas del gobierno federal a los municipios (2)	Transferencias negociadas de los estados a los municipios (3)	Gastos municipales según la responsabilidad (4)=(1) + (2) + (3)	(2 + 3)/ (1) (%)
1985	1.343,9	37,0	—	1.380,9	2,8
1986	1.452,3	298,9	—	1.751,2	20,6
1987	1.435,9	575,0	—	2.010,9	40,0
1988	2.482,3	44,7	—	2.527,0	1,8
1989	2.676,2	284,6	—	2.960,8	10,6
1990	2.177,2	506,5	—	2.683,7	23,3
1991	1.575,6	1.120,3	—	2.695,9	71,1
1992	1.776,0	—	—	1.776,0	—
1993	—	137,3	—	—	—
1994	2.883,9	188,7	103,2	3.175,8	10,1
1995	3.969,8	698,8	217,0	4.885,6	23,1
1996	6.419,4	1.379,3	252,4	8.051,1	25,4

Fuente: Series históricas construidas por el IESP/FUNDAP y DISOC/IPEA.

Cuadro A 11. Gastos en salud según el origen de los recursos, 1985–1996

Años	Gastos públicos en salud (en millones de US\$)				Gastos públicos en salud (en %)			
	Federal	Estadual	Munic.	Total	Federal	Estadual	Munic.	Total
1985	10.573,8	2.523,1	1.343,9	14.440,8	73,2	17,5	9,3	100,0
1986	9.534,5	2.685,1	1.452,3	13.671,9	69,8	19,6	10,6	100,0
1987	14.743,7	1.325,0	1.435,9	17.504,6	84,2	7,6	8,2	100,0
1988	15.400,7	—95,4	2.482,3	17.787,6	86,6	—0,5	13,9	100,0
1989	19.172,4	2.067,8	2.676,2	23.916,4	80,2	8,6	11,2	100,0
1990	13.659,1	2.467,4	2.177,2	18.303,7	74,6	13,5	11,9	100,0
1991	11.344,1	2.000,8	1.575,6	14.920,5	76,0	13,4	10,6	100,0
1992	10.010,2	2.045,7	1.776,0	13.831,9	72,4	14,8	12,8	100,0
1993	10.294,6	—	—	—	—	—	—	—
1994	10.441,6	3.705,1	2.883,9	17.030,6	61,3	21,8	16,9	100,0
1995	14.500,3	4.275,0	3.969,8	22.745,1	63,8	18,8	17,4	100,0
1996	12.420,5	4.285,5	6.419,4	23.125,4	53,7	18,5	27,8	100,0

Fuente: Series históricas construidas por el IESP/FUNDAP y DISOC/IPEA.

Cuadro A 12. Gastos en salud según la responsabilidad por el gasto, 1985–1996

Años	Gastos públicos en salud (en millones de US\$)				Gastos públicos en salud (en %)			
	Federal	Estadual	Munic.	Total	Federal	Estadual	Munic.	Total
1985	9.677,6	3.382,3	1.380,9	14.440,8	67,0	23,4	9,6	100,0
1986	8.321,3	3.599,4	1.751,2	13.671,9	60,9	26,3	12,8	100,0
1987	11.179,6	4.314,1	2.010,9	17.504,6	63,9	24,6	11,5	100,0
1988	9.034,9	6.225,7	2.527,0	17.787,6	50,8	35,0	14,2	100,0
1989	12.943,8	8.011,8	2.960,8	23.916,4	54,1	33,5	12,4	100,0
1990	9.614,1	6.005,9	2.683,7	18.303,7	52,5	32,8	14,6	100,0
1991	7.809,9	5.414,7	2.695,9	15.920,5	52,3	29,8	18,1	100,0
1992	9.702,3	2.353,6	1.776,0	13.831,9	70,1	17,0	12,9	100,0
1993	9.301,6	—	—	—	—	—	—	—
1994	9.624,1	4.230,7	3.175,8	17.030,6	56,5	24,8	18,7	100,0
1995	13.005,4	4.854,1	4.885,6	22.745,1	57,2	21,5	21,3	100,0
1996	10.561,3	4.513,0	8.051,1	23.125,4	45,7	19,5	34,8	100,0

Fuente: Series históricas construidas por el IESP/FUNDAP y DISOC/IPEA.

Cuadro A 13. Participación del sector salud en los ingresos del gobierno federal 1988–1999

(En miles de millones de US\$ de diciembre de 1998)

Años	Ingresos del gobierno federal (1)	Gastos en salud del gobierno federal (2)	(1)/(2) (%)
1988	77,9	15,4	19,8
1989	82,0	19,2	23,4
1990	88,7	13,7	15,4
1991	76,9	11,3	14,7
1992	75,2	10,0	13,3
1993	83,4	10,3	12,3
1994	91,2	10,4	11,4
1995	100,9	14,5	14,4
1996	102,2	12,4	12,1
1997	111,7	14,8	13,3
1998	130,1	13,3	10,2
1999	134,4	13,3	9,9

Fuente: Ministerio de Hacienda – Tesoro Nacional: (1) suma de los ingresos de impuestos y contribuciones sociales, incluidas las recaudaciones bancarias de la seguridad social; (2) gastos del Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación (hospitales universitarios) y transferencias negociadas de salud a estados y municipios.

Cuadro A 14. Participación del gasto en salud en los ingresos de los gobiernos de los estados, 1980–1998

(En miles de millones de US\$ de diciembre de 1998)

Año	Transferencias federales (1)	Ingreso fiscal propio (2)	Ingreso total (3)	Gastos netos en salud (4)	(4)/(3) (%)
1980	3,7	26,0	29,7	2,3	7,7
1984	5,0	23,2	28,2	2,1	7,4
1987	7,9	30,4	38,3	1,3	3,4
1990	9,9	37,4	47,3	2,5	5,3
1996	18,6	49,8	68,4	4,3	6,3
1998	23,5	40,1	63,6	5,4	8,5

Fuente: IBGE/DCS y Área Fiscal de la DIESP/FUNDAP. (1) ingreso de los impuestos de base estadual, como el ICMS (impuesto sobre la circulación de mercancías y servicios) y otros; (2) transferencias del Fondo de Participación de los Estados (FPE) y otras transferencias automáticas. No están incluidas las transferencias negociadas; (4) gastos en salud efectuados con recursos propios, excluidas las transferencias negociadas. Los datos para 1998 son estimaciones preliminares del Ministerio de Salud obtenidas por el SIOPS.

Cuadro A 15. Participación del gasto en salud en los ingresos de los gobiernos municipales, 1980–1998

(En millones de US\$ de diciembre de 1998)

Año	Ingreso total (1)	Gastos netos en salud (2)	(2)/(1) (%)
1980	13,7	1,0	7,3
1984	12,2	1,1	9,0
1987	19,8	1,4	7,1
1990	21,9	2,2	10,4
1996	42,3	6,4	15,1
1998	44,6	7,1	15,9

Fuente: IBGE/DCS y Área Fiscal de la DIESP/FUNDAP. (1) ingreso de los impuestos de base municipal, como el IPTU y transferencias del fondo de participación de los municipios (FPM), del ICMS y otras transferencias automáticas. No están incluidas las transferencias negociadas; (2) gastos en salud efectuados con recursos propios, excluidas las transferencias negociadas para salud. Los datos de 1998 son estimaciones preliminares del Ministerio de Salud obtenidas por medio del SIOPS.

Cuadro A 16. Participación del gasto en salud en los ingresos del sector público, 1990–1998

(En millones de US\$ de diciembre de 1998)

Año	Ingresos públicos totales (1)	Gastos públicos en salud (2)	(2)/(1) (%)
1990	157,9	18,4	11,7
1996	212,9	23,1	10,9
1998	214,8	25,4	11,8

Fuente: Cuadros 3.2 a 3.3.

Cuadro A 17. Evolución de la participación de los componentes del gasto social federal por categoría de gasto: Brasil, 1993–1998

(en miles de millones de US\$ de diciembre de 1998)

Categoría de gasto	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Educación y cultura	6,1	7,7	7,2	6,6	6,2	6,4
Salud	10,3	10,4	14,5	12,4	14,9	13,3
Alimentación y nutrición	0,4	0,7	0,5	0,8	0,7	0,9
Saneamiento y protección ambiental	0,6	0,3	0,2	0,6	0,7	0,6
Previsión social	30,4	29,8	36,4	38,8	42,1	46,1
Protección social	2,1	0,9	1,1	1,1	1,9	2,0
Empleo y protección del trabajador	2,1	2,0	3,1	3,5	3,6	4,5
Organización agraria	0,4	0,5	1,1	1,0	1,3	1,4
Ciencia y tecnología	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,2
Habitación y urbanismo	0,8	0,6	0,3	0,7	0,8	0,8
Capacitación de recursos humanos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Prestaciones de funcionarios públicos	11,5	15,2	17,7	18,1	19,2	19,7
TOTAL	64,9	68,4	82,4	83,9	91,8	95,9

Fuente: IPEA/DISOC.

Cuadro A 18. Fuentes de financiamiento del gasto público federal en salud: Brasil, 1993–1998

Fuentes de recursos	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Recursos ordinarios	9,6	1,4	2,5	0,2	3,4	8,8
Operaciones internas de crédito	2,7	—	8,2	8,9	—	—
Operaciones externas de crédito	0,7	1,2	1,1	2,1	0,5	0,1
Recursos directamente recaudados	2,8	4,5	4,4	4,5	4,2	4,7
Contribuciones sociales	61,8	41,9	69,0	61,9	68,7	62,7
Ganancia de las empresas (CSLLE)	4,7	13,2	19,2	22,7	20,1	6,2
Facturación (COFINS)	24,1	28,7	49,8	39,2	19,0	22,7
Empleados y empleadores (CSS)	33,0	—	—	—	—	—
Movimiento financiero (CPMF)	—	—	—	—	29,6	33,8
Fondo de estabilización fiscal	—	37,7	9,8	15,8	18,6	9,6
Mant. desarrollo de la educación	2,7	2,9	1,7	2,5	0,6	12,7
Cuota federal del salario educación	—	—	—	—	—	0,1
Otras fuentes	19,7	10,4	3,3	4,1	4,0	1,3
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: SIAFI/SIDOR y DISOC/IPEA.

Cuadro A 19. Gastos públicos federales en salud según la categoría económica del gasto. Brasil, 1993–1998

Categoría económica del gasto	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Gastos corrientes	87,6	86,2	77,6	79,2	71,2	68,2
Personal	20,5	23,5	18,3	18,5	14,1	26,0
Otros gastos corrientes	67,1	62,7	59,3	60,7	57,1	42,2
Inversión	0,7	1,3	1,1	0,6	0,7	0,7
Gastos financieros	0,4	3,0	9,6	3,7	9,2	2,9
Transferencias	11,2	9,5	11,6	16,5	18,9	28,2
estados	8,3	6,0	5,5	3,9	4,4	4,6
municipios	1,3	1,8	4,8	11,1	13,0	21,1
entidades privadas	1,6	1,7	1,3	1,5	1,5	2,5
Otros gastos	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: MF/SIAFI y DISOC/IPEA.

Cuadro A 20. Gastos públicos en salud (responsabilidad por el gasto) según la actividad y el nivel de gobierno. Brasil, 1994–1996

(En millones de US\$ de diciembre de 1998)

Actividades	Federal		Estadual		Municipal		Total	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
1994								
At. médica y sanit.	6.756,1	70,2	2.838,8	67,1	2.747,1	86,5	12.342,0	72,3
Man. hosp. univers.	423,5	4,4	12,7	0,3	—	—	436,2	2,7
Investigación	48,1	0,5	8,5	0,2	—	—	56,6	0,3
C. enferm. transmis.	221,4	2,3	50,8	1,2	6,4	0,2	278,6	1,7
Vigilancia sanitaria	2,5	0,0	7,9	0,2	54,0	1,7	64,4	0,3
Prod. prof. y terap.	327,2	3,4	84,6	2,0	3,2	0,1	415,0	2,5
Administración	1.845,3	19,2	1.227,4	29,0	365,1	11,5	3.437,8	20,2
TOTAL	9.624,1	100,0	4.230,7	100,0	3.175,8	100,0	17.030,6	100,0
1995								
At. médica y sanit.	8.141,4	62,6	3.475,5	71,6	4.108,8	84,1	15.725,7	68,0
Man. hosp. univers.	546,2	4,2	14,6	0,3	—	—	560,8	2,7
Investigación	156,1	1,2	9,7	0,2	—	—	165,8	0,8
C. enferm. transmis.	286,1	2,2	29,1	0,6	288,2	5,9	603,4	2,6
Vigilancia sanitaria	3,4	0,0	8,7	0,2	29,3	0,6	41,4	0,1
Prod. prof. y terap.	507,2	3,9	87,4	1,8	9,8	0,2	604,4	2,7
Administración	3.365,0	25,9	1.229,1	25,3	449,5	9,2	5.043,6	23,1
TOTAL	13.005,4	100,0	4.854,1	100,0	4.885,6	100,0	22.745,1	100,0
1996								
At. médica y sanit.	7.163,5	67,1	2.811,6	62,3	7.197,7	89,4	17.172,8	72,4
Man. hosp. univers.	517,5	4,9	13,5	0,3	—	—	531,0	2,7
Investigación	126,7	1,2	4,5	0,1	—	—	131,2	0,7
C. enferm. transmis.	116,2	1,1	18,1	0,4	24,2	0,3	158,5	0,7
Vigilancia sanitaria	2,7	0,0	4,2	0,1	32,2	0,4	39,1	0,1
Prod. prof. y terap.	274,6	2,6	49,6	1,1	16,1	0,2	340,3	1,7
Administración	2.360,1	23,1	1.611,5	35,7	781,0	9,7	4.752,6	21,7
TOTAL	10.561,3	100,0	4.513,0	100,0	8.051,2	100,0	23.125,5	100,0

Fuente: MF/SIAFI y DISOC/IPEA.

Cuadro A 21. Gastos públicos en salud según el destino final de los recursos. **Brasil, regiones y estados, 1996**

(En miles de US\$ de diciembre de 1998)

Región y estado	Gasto por nivel de gobierno						Gdf _i per cápita (US\$)
	Federal	%	Estadual	%	Municipal	%	
NORTE	567.731	55,7	368.463	36,2	82.609	8,1	1.018.803
Rondônia	83.804	95,7	0	0,0	3.789	4,3	87.593
Acre	23.324	44,0	24.108	45,5	5.573	10,5	53.005
Amazonas	117.158	43,0	134.382	49,3	20.778	7,6	272.318
Roraima	21.964	47,5	15.701	33,9	8.613	18,6	46.278
Pará	241.139	58,1	136.578	32,9	36.971	8,9	414.689
Amapá	18.237	27,8	46.157	70,3	1.293	2,0	65.687
Tocantins	52.637	75,4	11.537	16,5	5.592	8,0	69.765
Región norte	9.468	100,0	0	0,0	0	0,0	9.468
NORDESTE	2.540.864	61,3	827.728	20,0	779.048	18,8	4.147.640
Maranhão	295.319	75,3	9.794	2,5	86.998	22,2	392.111
Piauí	160.788	54,7	66.727	22,7	66.436	22,6	293.951
Ceará	398.976	48,7	80.506	9,8	340.508	41,5	819.989
R. G. do Norte	151.683	46,9	124.976	38,7	46.669	14,4	323.328
Paraíba	243.613	73,6	51.556	15,6	36.009	10,9	331.177
Pernambuco	445.256	63,4	175.721	25,0	81.382	11,6	702.359
Alagoas	145.942	65,9	41.560	18,8	34.125	15,4	221.626
Sergipe	83.557	45,0	84.953	45,7	17.306	9,3	185.817
Bahia	556.873	68,0	191.936	23,5	69.616	8,5	818.424
Nordeste	58.858	100,0	0	0,0	0	0,0	58.858
SUDESTE	5.191.275	45,2	2.388.470	20,8	3.915.966	34,1	11.495.711
Minas Gerais	1.033.433	42,8	621.946	25,7	761.416	31,5	2.416.795
Espírito Santo	141.164	47,6	110.995	37,5	44.093	14,9	296.252
Rio de Janeiro	1.818.067	71,0	0	0,0	743.424	29,0	2.561.491
São Paulo	2.198.611	35,3	1.655.529	26,6	2.367.034	38,0	6.221.173
SUR	1.766.935	58,0	307.640	10,1	972.980	31,9	3.047.555
Paraná	606.797	51,5	139.993	11,9	431.217	36,6	1.178.007
Santa Catarina	281.147	56,0	55.021	11,0	166.009	33,1	502.177
R. G. do Sul	878.992	64,3	112.626	8,2	375.754	27,5	1.367.371
C. OESTE	1.029.925	49,2	393.167	18,8	668.839	32,0	2.091.931
M. G. do Sul	142.384	47,0	13.159	4,3	147.328	48,6	302.871
Mato Grosso	132.467	29,0	31.978	7,0	291.992	64,0	456.438
Goiás	269.489	50,7	32.559	6,1	229.519	43,2	531.567
Distrito Federal	485.584	60,6	315.471	39,4	0	0,0	801.055
NACIONAL	1.330.761	100,0	0	0,0	0	0,0	1.330.761
BRASIL	12.427.490	53,7	4.285.469	18,5	6.419.441	27,8	23.132.400

Fuente: MF/DTN y IPEA/DISOC. En 1996 el estado del Rio de Janeiro no dedicó recursos propios al gasto en salud, sino que utilizó las transferencias federales para los gastos de la Secretaría Estadual de Salud. Los recursos que aparecen en las líneas de la región norte, región nordeste y nacional corresponden a gastos federales de ámbito exclusivo regional o nacional no asignados a ningún estado (gastos en campañas sanitarias, por ejemplo).

Cuadro A 22. Gasto público per cápita anual en salud en los estados según el destino final de los recursos, 1994–1996

(en miles de US\$ de diciembre de 1998)

Región y estado	Gdf, per cápita (US\$)			Crecimiento anual 1994/96 (%)	Gdf, per cápita promedio (US\$)
	1994	1995	1996		
NORTE	81,77	78,56	90,25	5,1	83,53
Rondônia	76,27	95,34	71,25	-3,3	80,95
Acre	107,50	61,79	109,61	1,0	92,97
Amazonas	79,16	90,03	113,97	20,0	94,39
Roraima	123,52	116,84	187,28	23,1	142,55
Pará	64,92	59,71	75,25	15,9	66,63
Amapá	238,58	199,25	173,09	-14,8	203,64
Tocantins	71,46	61,99	66,53	-3,5	66,66
Región norte	3,78	2,56	0,84	-52,9	2,39
NORDESTE	77,58	78,32	92,65	9,3	82,85
Maranhão	66,04	63,75	75,09	6,6	68,29
Piauí	86,54	87,31	109,88	12,7	94,58
Ceará	86,10	76,52	120,42	18,3	94,35
R. G. do Norte	98,91	100,02	126,36	13,0	108,43
Paraíba	89,40	80,33	100,19	5,9	89,97
Pernambuco	72,94	86,64	94,92	14,1	84,83
Alagoas	66,33	76,94	84,16	12,6	75,81
Sergipe	80,65	75,60	114,42	19,1	90,22
Bahia	60,67	63,65	65,26	3,7	63,19
Región nordeste	3,50	3,08	1,31	-38,8	2,63
SUDESTE	154,41	139,09	171,58	5,4	155,0
Minas Gerais	115,84	105,55	144,96	11,9	122,12
Espírito Santo	141,07	86,96	105,70	-13,4	111,24
Rio de Janeiro	162,14	176,10	191,07	8,6	176,44
São Paulo	171,41	145,22	182,34	3,1	166,32
SUR	103,87	97,00	129,60	11,7	110,16
Paraná	111,05	96,87	130,83	8,5	112,92
Santa Catarina	101,23	79,30	103,01	0,9	94,51
R. G. do Sul	100,66	92,27	141,92	18,7	111,62
C. OESTE	136,47	117,98	199,22	21,1	151,22
M. G. do Sul	81,90	83,24	157,11	38,5	107,42
Mato Grosso	94,00	69,35	204,15	47,4	122,50
Goiás	67,33	64,89	117,73	32,2	83,32
Distrito Federal	424,50	352,56	439,68	1,8	405,58
NACIONAL	12,87	12,23	8,47	-18,9	11,19
BRASIL	131,36	146,16	147,27	5,9	141,60

Fuente: MF/DTN y IPEA/DISOC. En 1996 el estado del Rio de Janeiro no dedicó recursos propios al gasto en salud, sino que consumió las transferencias federales para los gastos de la Secretaría Estadual de Salud. Los recursos que aparecen en las líneas de la región norte, región nordeste y nacional corresponden a gastos federales de ámbito exclusivo regional o nacional, no asignados a ningún estado (gastos en campañas sanitarias, por ejemplo).

Cuadro A 23. Indicadores de resultado, de proceso y de cobertura presunta del sistema de salud. Brasil, regiones y estados, 1996

Región y estado	Indicadores de resultado		Indicadores de proceso		Indicadores de cobertura	
	Tasa de mortalidad infantil (1)	Tasa de mortalidad materna (2)	Nacidos vivos con más de seis consultas prenatales (3)	Partos no atendidos en hospitales (4)	Causas de mortalidad desconocidas (5)	Muertes sin asistencia médica (6)
NORTE	36,1	36,4	38	12,7	24	20
Rondônia	35,0	9,3	42	0,5	18	31
Acre	50,4	50,0	39	5,3	27	33
Amazonas	35,6	31,6	41	0,4	23	28
Roraima	39,3	30,0	41	10,9	5	39
Pará	37,1	30,5	40	21,0	27	9
Amapá	28,2	29,0	21	1,6	6	23
Tocantins	37,7	32,1	32	3,4	30	22
NORDESTE	60,4	37,9	40	3,8	32	36
Maranhão	65,9	42,1	31	3,6	40	47
Piauí	54,2	19,3	35	2,2	34	51
Ceará	58,9	58,8	37	4,3	31	23
R. G. do Norte	63,6	40,1	40	5,5	30	39
Paraíba	71,8	17,7	60	0,7	50	62
Pernambuco	62,5	44,3	40	2,8	27	41
Alagoas	84,2	27,3	34	4,5	41	29
Sergipe	56,0	64,0	57	3,9	32	23
Bahia	52,5	32,9	42	4,4	29	12
SUDESTE	25,8	48,1	60	2,5	9	17
Minas Gerais	26,5	36,4	53	1,3	14	20
Espírito Santo	30,3	36,4	58	3,2	20	20
Rio de Janeiro	26,0	70,8	60	2,2	10	15
São Paulo	23,9	46,1	61	2,8	6	15
SUR	22,8	53,2	62	1,3	9	17
Paraná	29,0	60,0	59	1,4	10	22
Santa Catarina	23,7	44,6	46	1,6	15	25
R. G. do Sul	21,6	49,3	72	1,1	6	10
C. OESTE	25,8	34,3	53	0,6	11	23
M. G. do Sul	23,6	49,2	71	0,8	11	22
Mato Grosso	29,3	45,7	50	1,2	10	24
Goiás	27,5	18,0	57	0,5	15	27
Distrito Federal	24,1	35,2	34	0,3	1	11
BRASIL	37,5	44,4	53	3,2	15	21

Fuente: Ministerio de Salud – Centro Nacional de Epidemiología (CENEPI).

(1) por mil nacidos vivos; (2) por 100.000 nacidos vivos; (3) porcentaje de nacidos vivos; (4) porcentaje del total de partos; (5) porcentaje del total de muertes; (6) porcentaje del total de muertes registradas.

Cuadro A 24. Gastos municipales en salud per cápita según el tamaño del municipio. Brasil, 1998

Población (Habitantes)	Gasto per cápita promedio (en US\$)	Mayor gasto per cápita		Menor gasto per cápita	
		Municipio y gasto per cápita (US\$)	Población (habit.)	Municipio y gasto per cápita (US\$)	Población (habit.)
Hasta 5.000	77,55	Borá –SP 269,89	779	Herveiras –RS 22,07	2.587
De 5.001 a 10.000	56,54	Areal –RJ 169,02	9.315	Porto Acre – AC 11,40	7.947
De 10.001 a 20.000	50,58	Madre de Deus-BA 223,56	10.210	Senador Guiomard-AC 11,67	13.973
De 20.001 a 50.000	52,13	Paulinia –SP 475,19	47.728	Medicilândia – PA 13,90	36.774
De 50.001 a 100.000	52,36	Alfenas-MG 140,46	61.939	Camaquã – RS 15,08	58.431
De 100.001 a 200.000	70,56	Cubatão – SP 314,37	100.759	Alvorada – RS 8,94	171.174
De 200.001 a 400.000	62,03	Betim –MG 174,51	285.522	Mamão – RS 11,90	204.031
De 400.001 a 800.000	134,01	Ribeirão Preto – SP 182,65	467.908	Sorocaba – SP 81,74	455.705
Más de 800.000	99,62	Porto Alegre – RS 228,76	1.305.871	Fortaleza – CE 52,14	2.055.890

Fuente: Ministerio de Salud, SIOPS, 1998.

Cuadro A 25. Gastos municipales per cápita en salud como porcentaje de los ingresos propios de los municipios. Brasil, 1998

Clases de población (Habitantes)	Gasto en salud como porcentaje de los ingresos municipales totales		
	Promedio de la clase	Límite inferior	Límite superior
Hasta 5.000	14,30	4,21 Herveiras (RS)	42,41 Pilar de Goiás
De 5.001 a 10.000	16,06	4,19 Figueira (PR)	67,39 Teodoro Sampaio (BA)
De 10.001 a 20.000	16,28	3,32 Alcaobaça (BA)	45,99 Catarina (CE)
De 20.001 a 50.000	17,35	5,29 Flores da Cunha (RS)	66,33 Pindaré Mirin (MA)
De 50.001 a 100.000	18,40	5,57 Camaquã (RS)	42,18 Alfenas (MG)
De 100.001 a 200.000	19,71	5,43 Queimados (RJ)	39,19 Camaragibe (PE)
De 200.001 a 400.000	17,45	7,69 Gravataí (RS)	34,31 Franca (SP)
De 400.001 a 800.000	32,28	21,29 Sorocaba (SP)	48,79 Teresina (PI)
Más de 800.000	25,94	15,22 Recife (PE)	41,26 Porto Alegre (RS)

Fuente: Ministerio de Salud, SIOPS, 1998.

Cuadro A 26. Gastos en inversión como porcentaje de los gastos municipales en salud. Brasil, 1998

Clases de población (Habitantes)	Gasto en salud como porcentaje de los ingresos municipales totales		
	Promedio de la clase	Límite inferior(*)	Límite superior
Hasta 5.000	14,08	0,00 Araguainha (MT)	63,10 Orindiuva (SP)
De 5.001 a 10.000	13,37	0,00 Jaramataia (AL)	58,87 Teodoro Sampaio (BA)
De 10.001 a 20.000	12,14	0,00 Nova Prata do Iguaçu (PR)	75,22 Itapebi (BA)
De 20.001 a 50.000	10,67	0,00 São Gonçalo do Sapucaí (MG)	80,97 Gandu (BA)
De 50.001 a 100.000	8,60	0,06 Cambé (PR)	58,85 Guaíba (RS)
De 100.001 a 200.000	7,06	0,00 Rondonópolis (MT)	60,63 Teixeira de Freitas (BA)
De 200.001 a 400.000	8,36	0,46 Uberaba (MG)	49,62 Mogi das Cruzes (SP)
De 400.001 a 800.000	1,95	0,38 Juiz de Fora (MG)	4,85 Santo André (SP)
Más de 800.000	6,25	0,42 Curitiba (PR)	14,69 Manaus (AM)

Fuente: Ministerio de Salud, SIOPS, 1998. (*) En las clases de población de hasta 50.000 habitantes hay otros municipios con tasa de inversión cero, además de los que muestra el cuadro.

Cuadro A 27. Grado de dependencia de los municipios del financiamiento del Ministerio de Salud. Brasil, 1998

Clases de población (Habitantes)	Participación porcentual de las transferencias federales en los gastos municipales en salud		
	Promedio de la clase	Límite inferior	Límite superior
Hasta 5.000	17,78	0,23 Doresópolis (MG)	80,05 Laurentino (SC)
De 5.001 a 10.000	26,73	0,18 Milagres do Maranhão (MA)	97,62 Pedro Afonso (TO)
De 10.001 al 20.000	30,04	0,53 Veranópolis (RS)	87,51 Rialma (GO)
De 20.001 al 50.000	33,77	0,25 Piracanjuba (GO)	86,73 Dracena (SP)
De 50.001 al 100.000	39,59	0,27 Esteio (RS)	81,35 Ponte Nova (MG)
De 100.001 al 200.000	40,36	0,70 Itu (SP)	85,39 Chapecó (SC)
De 200.001 al 400.000	34,92	3,46 Canoas (RS)	66,25 Petrolina (PE)
De 400.001 al 800.000	45,05	29,76 Santo André (SP)	70,38 Teresina (PI)
Arriba de 800.000	45,50	25,26 Guarulhos (SP)	83,60 Curitiba (PR)

Fuente: Ministerio de Salud, SIOPS, 1998.

Cuadro A 28. Distribución del PAB por estado en 1998

(En miles de US\$ de diciembre de 1998)

Región y estado	PAB: Valores distribuidos por estado			Valor per cápita
	Parte fija	Complemento	Valor total	
NORTE				
Rondônia	8.266,6	2.881,1	11.147,7	8,88
Acre	2.517,0	1.653,1	4.170,1	8,34
Amazonas	10.446,5	9.985,7	20.432,2	8,30
Roraima	1.572,5	572,4	2.144,9	8,43
Pará	24.929,3	22.843,4	47.772,7	8,45
Amapá	2.370,9	1.164,9	3.535,8	8,80
Tocantins	6.999,2	2.794,8	9.794,0	9,06
NORDESTE				
Maranhão	35.382,4	14.450,6	49.833,0	9,41
Piauí	23.479,3	4.065,0	27.544,3	10,22
Ceará	55.572,3	7.596,0	63.168,3	9,13
R. G. do Norte	18.564,8	4.095,8	22.660,6	8,73
Paraíba	24.882,0	5.512,4	30.394,4	9,12
Pernambuco	60.364,1	13.767,7	74.131,8	9,93
Alagoas	21.173,7	3.912,1	25.085,8	9,42
Sergipe	13.499,3	3.430,3	16.929,6	10,22
Bahia	55.083,4	51.970,7	107.054,1	8,42
SUDESTE				
Minas Gerais	142.328,1	18.569,9	160.898,0	9,49
Espírito Santo	11.245,3	12.668,3	23.913,6	8,38
Rio de Janeiro	76.860,7	38.926,4	115.787,1	8,54
São Paulo	225.336,6	77.237,9	302.574,5	8,71
SUR				
Paraná	84.312,0	6.427,3	90.739,3	9,93
Santa Catarina	28.171,0	14.492,4	42.663,4	8,60
R. G. do Sul	41.097,6	40.525,8	81.623,4	8,34
C. OESTE				
M. G. do Sul	11.648,9	4.777,6	16.426,5	8,36
Mato Grosso	19.334,8	2.922,3	22.257,1	9,73
Goiás	26.549,7	13.856,6	40.406,3	8,71
Distrito Federal	11.002,4	4.569,3	15.571,7	8,30
BRASIL	1.042.990,4	385.669,8	1.428.660,2	9,01

Fuente: Ministerio de Salud.

Cuadro A 29. Expansión de la cobertura y los gastos del PACS/PSF. Brasil, 1994–1998

Años	PACS		PSF		Gastos del PACS y el PSF (en miles de US\$ de diciembre de 1998)
	ACS contratados	Población atendida (millones)	Equipos del PSF creados	Población atendida (millones)	
1994	29.000	16,7	328	1,1	—
1995	34.500	19,9	724	2,5	—
1996	44.500	25,6	847	3,0	103.269,9
1997	54.900	31,6	1.623	5,7	139.856,0
1998	81.000	46,6	2.672	9,2	183.056,8
1999*	100.000	57,5	3.500	12,1	263.068,3

Fuente: Ministerio de Salud, Secretaría de Políticas de Salud.

(*) Estimación basada en informaciones de ambos programas.

Cuadro A 30. Programas descentralizados de atención básica de salud. Brasil, 1998

Nombre del programa	Población beneficiaria (millones)	Gastos (en millones de US\$ de diciembre de 1998)	
		Absoluto	%
PAB	158,6	1.428,7	72,6
PACS/PSF	57,5	263,1	13,4
PCCN	0,4	58,0	2,9
PAF	43,0	35,0	1,8
PAI	6,0	152,1	7,7
PAISM	8,0	31,5	1,6
TOTAL	—	1.968,4	100,0

**Cuadro A 31. Estimación del impacto de la EC 29/2000 en los gastos en salud.
Brasil, 1998–2004**

(en US\$ de diciembre de 1998)

Años por categoría	Niveles de gobierno				
	Federal	Estadual	Municipal		Total
			Capital	Otros	
1998					
Gasto en salud	12.925,7	4.266,5	1.634,8	3.985,8	22.812,8
Porcentaje	56,7	18,7	7,1	17,5	100,0
Porcentaje del PIB	1,92	0,63	0,24	0,59	3,39
2000					
Gasto en salud	12.788,3	4.498,2	1.634,1	4.433,8	23.354,4
Porcentaje	55,7	19,6	7,1	17,6	100,0
Porcentaje del PIB	1,81	0,64	0,23	0,57	3,25
2004 ^a					
Gasto en salud	14.580,4	6.002,2	1.767,5	4.573,2	26.923,3
Porcentaje	54,2	22,3	6,6	17,0	100,0
Porcentaje del PIB	1,91	0,79	0,23	0,60	3,52
2004 ^b					
Gasto en salud	14.580,4	6.497,4	1.912,9	4.956,8	27.947,5
Porcentaje	52,2	23,3	6,8	17,7	100,0
Porcentaje del PIB	1,91	0,85	0,25	0,65	3,65

Fuente: Ministerio de Salud (Secretaría de Inversión en Salud). Hipótesis: (1) Escenario A – Sin crecimiento del ingreso y con vinculación a los estados y municipios; (2) Escenario B – con crecimiento del ingreso y con vinculación a los estados y municipios del 2% al año; (3) estimado en base a un crecimiento del PIB del 4,1% en 2000 y 2% al año entre 2001 y 2004; (4) el gasto federal excluye los gastos de los pensionados y el servicio de la deuda.

Cuadro A 32. Indicadores de financiamiento, resultado y procesos del sistema de salud. Brasil, 1986/9–1996

Indicadores	Promedio 1986–1989	1996	Variación porcentual
De financiamiento			
Gasto público total en salud (miles de millones de US\$)	18,2	23,9	31,3
Gasto público total per cápita en salud (US\$)	128,8	150,3	16,7
De resultados y proceso			
Tasa de mortalidad infantil	52	38	–27
Tasa de mortalidad materna (1984–1997)	217	59	–73
Porcentaje de embarazadas sin asistencia preparto	24	13	–46
Porcentaje de embarazadas sin asistencia en el parto	18	6	–67
Porcentaje de niños menores de 5 años sin vacunar	45	19	–58
Porcentaje de niños menores de 5 años sin asistencia médica	8	3	–63

Fuente: Brasil, Ministerio de Salud.

OBS: La mortalidad materna hospitalaria en 1996 ascendió a 39,6 por 100.000 y fue inferior a la mortalidad materna en general, que incluye las mujeres que no fueron atendidas en hospitales.

¿Cuánto se gasta en salud en Brasil? ¿Quién termina pagándola? ¿Cómo se redistribuyen los recursos entre las diferentes áreas geográficas y estratos sociales? ¿Cuáles son los efectos de lo anterior en el funcionamiento del sistema y, más importante aún, en el estado de salud de la población? ***El desafío de la descentralización*** analiza estos temas concentrándose en el gasto gubernamental, dada su importancia crítica para las intervenciones de salud pública, generalmente desatendidas por el sector privado, así como por la dependencia del financiamiento público por parte de los segmentos de población pobres.

Mediante la aplicación de la teoría económica a la información disponible y a sus propias estimaciones, André Medici ofrece un análisis empírico, histórico y conceptual de la década de los noventa que muestra hasta dónde ha llegado Brasil en su lucha por una mejor salud y cómo podrían mejorarse las perspectivas para el futuro cercano. Dado que echa luz sobre el funcionamiento del complejo sistema de salud de Brasil, ***El desafío de la descentralización*** es una obra útil para todos aquellos que toman decisiones de salud pública en América Latina.

Philip Musgrove
Economista Principal
Banco Mundial



Banco Interamericano de Desarrollo
1300 New York Avenue, N.W.
Washington, D.C. 20577
Estados Unidos de América
www.iadb.org/pub

