

Innovaciones en el financiamiento intergubernamental para promover la equidad en el acceso a los servicios sociales: El caso de la salud y la educación en Brasil

Gabriel Ferrato dos Santos¹

INTRODUCCIÓN

Presentamos aquí los principales cambios introducidos en el financiamiento de la salud y la educación en Brasil en el período comprendido entre 1995 y 2002, los cuales produjeron avances importantes en el desempeño reciente de estos sectores y cuyo impacto se prolongará en el futuro, especialmente en lo que tiene que ver con la reducción de los desequilibrios inter e intrarregionales.

Para cada uno de los sectores el análisis se divide en cinco partes: (i) cuadro institucional y de recursos; (ii) objetivos y estrategias; (iii). instrumentos; (iv) resultados y (v) desafíos. Esta división tiene el propósito de extraer los principales elementos de las políticas adoptadas y facilitar la comprensión, además de que permite analizar las posibilidades de emulación en otras realidades, o por lo menos promover una reflexión sobre alternativas de diseño, desarrollo e implementación de políticas sociales.

El *cuadro institucional y de recursos* presenta el entorno institucional y la disponibilidad de recursos que existían previamente a los cambios implementados y su evolución a lo largo del tiempo. Son estos los elementos que muestran las posibilidades y/o las restricciones para que el gestor público tome las decisiones relativas al destino de los recursos. Asimismo definen el margen de maniobra y las oportunidades de cambio que tiene el gestor, y permiten evaluar la calidad y creatividad de las políticas adoptadas.

Los *objetivos* de las políticas fueron extraídos de documentos oficiales y reflejan las expectativas generales y las intenciones de los gestores, ya sea en un ámbito general o en la elección de las alternativas de financiamiento, destino de los recursos, organización y gestión. Por su parte, las *estrategias* representan la elección de los instrumentos de orden legal o institucional hecha por los gestores para implementar las políticas y definir prioridades, y la combinación de acciones puesta en marcha para alcanzar los objetivos establecidos. En este caso se trata de una interpretación de los hechos, proyectos, programas y acciones de gobierno, también basados en los documentos oficiales pero analizados a la luz de los objetivos de las políticas implementadas.

Los *instrumentos* describen los aspectos operacionales de las estrategias adoptadas. De un lado se utilizan instrumentos innovadores de orden jurídico o espacios dentro de los parámetros legales existentes. De otro lado se emplean los recursos financieros disponibles o nuevos para crear alternativas o reorientar la búsqueda de fondos para los fines pretendidos.

¹ Profesor del Instituto de Economía de la Universidad Estatal de Campinas, São Paulo, Brasil.

En los *resultados* se presentan algunas evidencias empíricas para mostrar cuáles de los objetivos propuestos han sido alcanzados. Como las políticas implementadas son muy recientes, aún no existen suficientes estudios de evaluación de impacto. Surgen además varios factores concurrentes en los mismos resultados, lo cual dificulta identificar si fue una determinada política que la que produjo un cierto efecto. Sin embargo, aun si no es posible asociar directamente la política adoptada con los resultados alcanzados, algunos indicadores pueden mostrar tendencias en la dirección de los efectos esperados.

SALUD

Cuadro institucional y de recursos

Organización y financiamiento del sector

El Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil fue legalmente establecido por la Constitución Federal de 1988 y reglamentado por la Ley N° 8.080 de 1990. El Artículo 196 de la Constitución establece que “ la salud es un derecho de todos y deber del Estado (...)”, lo que dota a la cobertura del SUS de un carácter universal garantizado por el sector público. Asimismo, la Constitución brasileña admite y tiene en cuenta la coexistencia de un sistema privado que actúa de manera complementaria al SUS. Este sector, aunque no sea parte de este último, puede vender sus servicios al sector público, siempre y cuando sea conveniente y exista la necesidad, teniendo como base una tabla de precios de referencia para todos los procedimientos ambulatorios y hospitalarios.

El sector privado ejerce la medicina libremente, pero además representa un segmento importante que actúa en la salud suplementaria, constituido por los planes de salud privados (contratados con aseguradoras, empresas de medicina grupal, cooperativas, etc.), pagados ya sea individualmente o por empresas o instituciones que aseguran a sus empleados alguna garantía de asistencia de la salud. Allí las mensualidades son cubiertas íntegramente por el empleador o se descuentan parcialmente del sueldo de los empleados. Hay diversos tipos de planes que no siempre cubren la totalidad de las necesidades del ciudadano. Según el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), en 1998 el 24,5% de la población brasileña tenía acceso a algún plan privado de salud (IBGE, 1999). El 40,8% de los titulares de los planes serían responsables por el financiamiento integral, el 46,0% por el financiamiento parcial y solamente el 13,2% tendría el financiamiento plenamente cubierto por la empresa o institución empleadora.

Suponiendo que en 2003 se hubiera mantenido esa participación de la salud suplementaria, significaría que aproximadamente 135,8 millones de brasileños dependerían exclusivamente del Sistema Único de Salud.² Otra investigación del IBGE --la Asistencia Médico-Sanitaria (AMS) de 1999 (IBGE, 2000a)-- muestra que del total de 484.945 camas existentes en el país, el 88,3% se destinaba al SUS, y de éstas, 143.518 (33,5%) pertenecían

² Según el IBGE (2004), la población brasileña en 2003 era de 179,9 millones de personas. Véase ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_Projecoes_Populacao/Revisao_2004_Projecoes_1980_2050/Estimativas_1980_2020//

al sector público y 284.493 (66,5%) al sector privado, mayoritariamente al segmento filantrópico. Esto demuestra su importancia en el suministro de servicios hospitalarios al SUS. Para tener una idea del tamaño del sistema, según datos del Ministerio de Salud (2002a) en 2001 se realizaron cerca de 421 millones de consultas (2,4 por habitante/año), 11,7 millones de internaciones (6,8 por habitante/año), 2,4 millones de partos, 78 mil cirugías cardíacas, 86 mil cirugías oncológicas, 7.234 trasplantes de órganos, entre otros.

Se estima que para 1998 el gasto total en salud en Brasil era del 8,2% del PIB, de lo cual el 3,3% correspondía al sector público y el 4,9% al privado (Kilsztjan *et al.*, 2002). Estimaciones para 2002 indicaban que los gastos del sector público habían ascendido a 3,52% del PIB. Según fuentes del gobierno, para ese mismo año la participación de los recursos federales fue de 53,1%: 21,6% estatales y 25,3% municipales (Ministerio de la Salud/SIOPS, s.f.).

Si bien el cofinanciamiento a través de las tres esferas de gobierno abre para el SUS posibilidades de alianzas, simultáneamente implica corresponsabilidad, lo cual hace que la atribución por los éxitos y fracasos del sistema se vuelva difusa. La tendencia política es a que los gestores vinculen los éxitos a sus acciones en la esfera de su competencia y los errores o fracasos a otras esferas del gobierno. De cualquier manera, cierto es que desde la concepción del SUS se incorporaron las tres esferas del gobierno a los procesos de toma de decisiones sobre su organización y por lo tanto les cabe responsabilidad por la asistencia, gestión y financiamiento del mismo.

Las Normas Operacionales Básicas (NOB) de salud son instrumentos a través de los cuales se detectan los avances y eventuales perfeccionamientos del sistema. Las NOB surgen de discusiones y pactos políticos entre los tres niveles de gobierno. Estos pactos se forjan en los diversos consejos de salud que pasan por todas las esferas, con representaciones bipartitas o tripartitas (gobiernos, usuarios y prestadores de servicios) que van desde los Consejos Municipales de Salud, pasando por los consejos estatales y la representación tripartita (gobiernos municipales, estatales y federal), hasta llegar al Consejo Nacional de Salud (donde se repite la participación tripartita y se añade la representación de los usuarios y proveedores privados), órgano máximo de deliberación y consulta del SUS, en general presidido por el Ministro de Salud.³

Actualmente conviven en el SUS las regulaciones aprobadas en 1996 y una nueva normativa denominada Norma Operacional de Asistencia a la Salud (NOAS) sancionada en 2001 y a la cual se le introdujeron algunas modificaciones en 2002.⁴

Las NOB de 1996 avanzaron en la atribución de responsabilidades en los niveles de atención a la salud en las tres esferas del gobierno, trajeron innovaciones como el mecanismo de *capitación* y la posibilidad de introducir incentivos financieros para algunos programas y acciones como la estrategia de inducción para que las esferas subnacionales asumiesen responsabilidad por la implementación de algunos programas o acciones de salud.

A su vez, la NOAS representa un gran esfuerzo de inducción para que el SUS tenga una mejor organización de los servicios: bases territoriales mejor diseñadas; definición

³ Sobre la última norma en vigor, las NOB de 1996, véase http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=169

⁴ La nueva dirección del Ministerio de Salud que asumió en 2003 decidió reabrir la discusión sobre la NOAS. Sin entrar a calificar el mérito de esta decisión, muy posiblemente resultará en el atraso de su implementación si no en su reformulación.

rigurosa de las bases técnicas para la oferta de asistencia en los diversos niveles de complejidad tecnológica y de organización del sistema; y establecimiento de mecanismos de derivación de casos hacia los servicios. De acuerdo con la NOAS, cada estado del país elabora un Plan Director de Regionalización (PDR), en torno al cual se prepara la Programación Pactada e Integrada (PPI) –instrumento ya utilizado por el sistema de salud nacional en el cual se prevén cuantitativamente todas las acciones anuales de salud y la infraestructura existente--, y un Plan Director de Inversión (PDI) para adecuar la infraestructura de salud a lo establecido en el PDR. La NOAS todavía está en trance de revisión.

Con las NOB de 1996, prácticamente la totalidad de los municipios brasileños asumieron la gestión de la atención básica de salud y casi todos, medianos y grandes, se encargaron igualmente de la gestión plena del sistema municipal de salud. En el primer caso, los municipios pasaron a recibir valores per cápita para cada nivel de atención e incentivos financieros para asumir mayores prestaciones. En el segundo, los municipios pasaron a recibir, además de los valores per cápita de la atención básica, prácticamente la totalidad de los recursos financieros para ofrecer la asistencia en todos los niveles de complejidad del sistema, incluyendo los destinados a la contratación de servicios ambulatorios, de laboratorio y hospitalarios del sector privado, cuando fuese necesario. De acuerdo con las NOB de 1996, en la medida en que los estados cumplían determinados requisitos, pasaban a responsabilizarse de la gestión de todo el sistema estatal y a recibir los recursos financieros del Ministerio de Salud, a los cuales adicionaban sus propios fondos.

Aunque la organización del sistema avanzó notablemente en la década de los años noventa, la cuestión del financiamiento continúa siendo un gran desafío para los gobiernos. Dado que el SUS tiene que atender aproximadamente al 75,5% de la población brasileña en todos los niveles de atención, y que recibe cada vez más presiones para que amplíe el acceso de la población a los medicamentos (incluso judicialmente),⁵ existe la imperiosa necesidad de que los gestores de un sistema que absorbe el 3,53% del PIB busquen permanentemente la manera de lograr una mayor eficiencia en el uso de los recursos, de modo que consideren no sólo una relación costo-beneficio óptima sino que además tengan en cuenta la efectividad en función de los costos. Estos principios no han sido asumidos aún por los gestores del sistema más que empíricamente y con las probables ineficiencias y problemas de elección de prioridades que esa forma de gestión pueda conllevar. De todas maneras, con ese nivel de recursos y una demanda basada en el derecho universal a la asistencia, no hay otra alternativa.

Las restricciones macroeconómicas

El tema de los recursos para la salud en Brasil está íntimamente ligado a los problemas macroeconómicos que el país ha enfrentado a lo largo de los años. A principios del decenio de los noventa, el país estaba abocado a una grave crisis fiscal que involucraba no solamente al gobierno federal, sino también a la mayoría de los estados y algunos municipios de tamaño mediano y grande. Varios bancos provinciales enfrentaban también problemas de insolvencia, en especial por la relación con sus respectivos gobiernos, cuyo

⁵ Hay una tendencia en el Poder Judicial y en el Ministerio Público de considerar que el acceso a medicamentos no es sólo justo sino además un derecho de la población brasileña.

gasto era superior a lo permitido por los recursos disponibles de la recaudación ⁶. El sistema de seguridad presentaba señales de un déficit creciente. Con la implantación del Plan Real en 1994, una medida de estabilización que redujo sustancialmente la inflación, se evidenciaron tanto la crisis fiscal como la del sistema bancario público, la de la seguridad social y la de los fondos de financiamiento habitacional, entre otras.⁷

Para abordar ese cúmulo de problemas se dieron los siguientes pasos: (i) el Gobierno Federal asumió en forma sustancial las deudas de las esferas subnacionales a partir de una negociación en condiciones más ventajosas de plazos y costos a los estados y municipios; (ii) se inyectaron recursos federales para salvar a varios bancos provinciales y luego privatizarlos; (iii) se redujeron los recursos destinados a la salud, los cuales hacían parte del presupuesto de la seguridad social y atendían las demandas de jubilados y pensionados, al tiempo que el Tesoro Nacional absorbía los pasivos del financiamiento habitacional.

Aunque las negociaciones trajeran alivio financiero inmediato para los estados y municipios, el conjunto de las acciones aumentó la deuda federal, que continuó acumulándose a tasas de interés relativamente elevadas. En resumen, con la estabilidad de precios que trajo el Plan Real salió a la luz la situación fiscal real del Estado brasileño, lo cual aumentó los costos de su financiamiento.

A medida que escaseaban los recursos para la salud –dado que éstos, así como los de la asistencia y seguridad social tenían la misma base tributaria y se disputaban la porción destinada a cada una de las áreas–, el Gobierno Federal se vio obligado a crear la Contribución Provisional sobre Movimientos Financieros (CPMF) en 1996, a ser cobrada a partir de 1997. Se trataba de una alícuota incidental sobre todas las transacciones realizadas dentro del sistema financiero, cuyo recaudo se destinaría a ampliar los recursos para el sistema nacional de salud.⁸ Hasta entonces, las transferencias de recursos del Ministerio de Salud a sus contrapartes estatales y municipales, así como para el pago de los servicios prestados por los hospitales, sufrían retrasos significativos. Tal circunstancia estaba creando un verdadero caos en la salud, principalmente por las paralizaciones que se producían en la atención de los hospitales privados proveedores de servicios al SUS. Aunque la CPMF brindó algún alivio al sector, los fondos de estabilización fiscal creados en 1994 --posteriormente transformados en metas de superávit fiscal aún vigentes-- comprometían los gastos generales del gobierno federal, incluidos los relativos a la salud.⁹

La estabilidad de precios que trajo el Plan Real mediante un creativo y exitoso mecanismo de desindexación se reforzó mediante una política económica revaluacionista, lo que, según los autores del plan, contribuiría a contener los precios internos mediante la importación de productos. Esto provocó un déficit en la balanza comercial y creó necesidades de financiamiento externo para cubrir los déficit en la balanza de cuenta corriente, aumentando así la vulnerabilidad externa del país. Mientras hubo financiamiento externo y alguna entrada de recursos proveniente del proceso de privatización de empresas

⁶ Sobre la cuestión de las finanzas estatales, véase Lopreato (2002).

⁷ En Giambiagi y Além (2002) se encuentra una discusión detallada sobre el tema fiscal en los años noventa

⁸ El Impuesto Provisional sobre Movimientos Financieros se había creado en 1994 con una alícuota de 0,25%, cobrada solamente durante 1994. La CPMF fue creada mediante la Ley No. 9.131 del 24 de octubre de 1996, inicialmente con una alícuota de 0,20%.

⁹ En 1994 se llamaba Fondo Social de Emergencia, que en 1996 se convirtió en Fondo de Estabilización Fiscal. A finales de 1998, mediante acuerdo con el FMI, se transformó en un compromiso formal del gobierno de obtener un superávit fiscal, el cual sigue vigente.

estatales, esa vulnerabilidad no tuvo consecuencias internas. Sin embargo, el hecho de que se mantuvieran las tasas de interés internas en niveles elevados para asegurar el financiamiento externo empeoraba el cuadro de la deuda interna, pues la hacía crecer como proporción del PIB. A partir de 1997, las sucesivas crisis en los denominados países emergentes, cuya primera manifestación se produjo en las naciones asiáticas, provocaron el aumento de riesgo en aquellas naciones con alta vulnerabilidad externa. Este fue el caso de Brasil, que se vio exigido a aumentar sus tasas de interés internas para atraer capitales foráneos, lo que también contribuía a agravar la situación de la deuda interna. En este contexto, hubo necesidad de firmar acuerdos con el FMI para asegurar el financiamiento de la economía, lo que llevó a establecer compromisos de superávit fiscal. Asimismo, en mayo de 2000 el Congreso de la República aprobó la Ley de Responsabilidad Fiscal, que exige de los poderes ejecutivos de las tres esferas del gobierno compromisos con el rigor fiscal para evitar aumentar la gravedad del cuadro fiscal del Estado brasileño.¹⁰

Tanto las altas tasas de interés como las metas resultantes de acuerdos con el FMI condujeron a un ajuste recesivo que comenzó a tener un impacto negativo en el mercado de trabajo y en el empleo a partir de 1998. Además de la necesidad de pagar los intereses crecientes de la deuda pública, con su corolario de reducción de recursos para las diversas acciones del gobierno, incluyendo la salud, la baja tasa de crecimiento de la economía y del empleo aumentó la demanda por los servicios públicos de salud. Para compensar esa reducción de disponibilidad de recursos públicos para los gastos esenciales del gobierno (incluyendo los intereses de la deuda pública interna), el Gobierno Federal recurrió a varios instrumentos para aumentar la carga tributaria bruta, que se mantuvo relativamente estable en alrededor de 29,5% entre 1994 y 1998, aumentó en 1999 y alcanzó el 35,6% al final de 2002. En el Cuadro 1 se muestran algunos de los indicadores del período 1994-2002 que reflejan el panorama macroeconómico del país.

Cuadro 1. Algunos indicadores macroeconómicos en años seleccionados

Descripción	Año						
	1994	1997	1998	1999	2000	2001	2002
1. Balanza com. (US\$ billones)	10,5	(6,7)	(6,6)	(1,3)	(0,7)	2,6	13,1
2. Balanza trans. corrientes (US\$ billones)	(1,8)	(30,4)	(33,4)	(25,3)	(24,2)	(23,2)	(7,7)
3. Deuda pública/PIB (%)	30,01	34,35	41,71	48,68	48,78	52,63	55,50

¹⁰ Ley Complementaria N° 101 del 4 de mayo de 2000.

4. Carga tributaria bruta/PIB (%)	29,8	29,6	31,7	31,07	31,61	33,36	34,88
-----------------------------------	------	------	------	-------	-------	-------	-------

Nota: los valores en paréntesis son negativos.

Fuente: De 1 a 3: www.bacen.gov.br; 4: www.ibge.gov.br

Evolución de los recursos federales para la salud pública

Aunque existían restricciones fiscales, los recursos federales para el sector salud aumentaron en este período, principalmente a partir de la creación de la CPMF. Aunque el presupuesto global sea importante, los recursos libres para que el Ministerio pueda ejecutar su política son los que están contenidos en el presupuesto de financiamiento y capital (PCC por sus siglas en portugués). Los valores del PCC se obtienen deduciendo del presupuesto global los costos de personal, el pago de las deudas y los correspondiente a saneamiento básico. Los pagos al personal prácticamente no interfieren en los resultados de las acciones del Ministerio, dado que no ejecuta directamente ninguna actividad de salud.¹¹ Las amortizaciones de las deudas corresponden a períodos anteriores y por lo tanto no reflejan recursos a disposición del Ministerio.¹² Lo correspondiente a saneamiento básico no será considerado porque no hace parte de las acciones y servicios de salud.¹³

Teniendo en cuenta estas consideraciones, el hecho de presentar el presupuesto nominal tiene una razón: siempre que éste aumenta, se amplía el margen de maniobra del gestor para establecer sus prioridades. Lo cual no significa que parte de ese aumento no esté comprometido con el incremento de los gastos causados por el alza de precios. De cualquier manera, siempre es posible no sancionar algunos aumentos de precios y reasignar los recursos a otras finalidades. En ese sentido, lo que se observa en el Cuadro 2 es que el PCC nominal pasó de R\$9,7 billones en 1995 a R\$21,9 billones en 2002, lo cual representa un aumento del 124,6%, suficiente para que se produzcan nuevas asignaciones de recursos en función de las prioridades establecidas.

¹¹ Aunque consten en el Ministerio de Salud, son administrados por el Ministerio de Planeación, que también es el órgano que autoriza aumentos salariales y nuevas contrataciones de personal.

¹² Según las técnicas presupuestarias, cualquier préstamo o financiamiento gastado en un año determinado integra el PCC del año en cuestión. En los años siguientes, a medida que se hacen las amortizaciones los valores vuelven a integrar el presupuesto en el rubro de pago de las deudas, pero son administrados por el Ministerio de Hacienda.

¹³ No obstante sus efectos sobre la salud pública, por definición el saneamiento básico no constituye asistencia a la salud y no es objeto de este trabajo.

**Cuadro 2. Presupuesto global y presupuesto de financiamiento y capital (PCC) del
Ministerio de Salud, valores nominales, 1995-2002**
(R\$ millones)

Descripción	Año							
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Presupuesto global	14.937	14.377	18.804	19.324	20.338	22.699	26.136	28.293
(-) Personal y prestaciones sociales	3.761	3.834	3.996	3.994	4.330	4.825	4.898	5.467
(-) Deuda externa / interna	1.369	499	1.790	2.333	155	153	235	370
(-) Saneamiento básico	65	33	90	142	201	158	1.199	570
Presupuesto de financiamiento y capital (PCC)	9.742	10.011	12.928	12.855	15.652	17.563	19.804	21.886

Fuente: Ministerio de Salud, Subsecretaría de Planeamiento y Presupuesto.

En el Cuadro 2 se muestra la evolución de los valores reales del presupuesto. Aunque el PCC presente alguna inestabilidad en el período, el hecho fundamental es que pasó de R\$9,7 billones en 1995 a R\$13,3 billones en 2002, lo cual quiere decir que tuvo un aumento real del 37%. Esto constituyó un importante espacio presupuestario y de recursos disponibles para que los gestores incrementaran los servicios existentes y establecieran nuevas prioridades.¹⁴ El hecho de que en 2002 los recursos reales hubiesen disminuido no alteraba el curso de las acciones que habían sido implementadas hasta 2001 y que estaban en ejecución en 2002. Lo anterior por cuanto la caída fue resultado de un pico inflacionario que ocurrió en el segundo semestre de 2002, cuando en función del proceso electoral se comprometieron los recursos destinados al Ministerio de Salud. De acuerdo con la legislación vigente, la corrección de los montos debe realizarse en el siguiente año fiscal.

¹⁴ Tal es el caso de la caída de la tasa de números de partos (2,7% anual), el componente de mayor peso en los gastos con internación hospitalaria del Ministerio. Asimismo se lograron otras economías en rubros como el de medicamentos, lo que liberó recursos para otras finalidades.

**Cuadro 3. Presupuesto global y presupuesto de financiamiento y capital (PCC) del
Ministerio de Salud, valores reales, 1995-2002**
(R\$ millones a precios de 1995)

Descripción	Año							
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Presupuesto global	14.937	13.122	16.315	16.490	15.931	16.780	17.944	17.262
(-) Personal y prestaciones sociales	3.761	3.499	3.466	3.408	3.392	3.567	3.363	3.336
(-) Deuda externa / interna	1.369	455	1.553	1.991	121	113	161	226
(-) Saneamiento básico	65	30	78	121	157	117	823	348
Presupuesto de financiamiento y capital (PCC)	9.742	9.137	11.214	10.970	12.260	12.983	13.597	13.353

Deflactor: IPCA/IBGE¹⁵

Fuente: Ministerio de Salud, Subsecretaría de Planeamiento y Presupuesto.

De hecho, en el año 2002, a partir de una iniciativa del Ministerio de Salud, el Gobierno Federal consiguió aprobar en el Congreso Nacional una enmienda constitucional (Enmienda Constitucional N° 29) a través de la cual se buscaba asegurar la estabilidad en el financiamiento de la salud en el país. Se trataba de establecer los porcentajes mínimos que los estados y municipios debían destinar a salud pública, mientras que se estipulaba que el Gobierno Federal debía asignar cada año a la salud un valor equivalente a las variaciones del PIB nominal. Para los estados y municipios se previó una transición hasta 2004 para elevar los porcentajes mínimos fijados.¹⁶ Esta iniciativa fue muy importante por tres motivos: (i) aseguraba un crecimiento real de los recursos para el Ministerio de Salud siempre que el PIB real creciera; (ii) evitaba la continuidad de un proceso en que, a raíz de la descentralización de los recursos y el aumento de las transferencias del gobierno federal hacia las esferas subnacionales, causaba --principalmente en los gobiernos estatales-- una disminución de los recursos propios destinados al sector (proceso denominado “sustitución

¹⁵ La utilización del Índice de Precios al Consumidor (IPCA/IBGE) para deflactar los valores en la salud es más apropiado que el uso del Índice General de Precios (IGP/FGV), pues los precios en salud, y por lo tanto, sus costos, dependen más de los costos de personal pues se trata de un sector intensivo en mano de obra, mientras que los salarios deberían, en principio, evolucionar con el IPCA. En el período de 1995-2002, este último índice aumentó en un 63,9%, mientras que el renglón específico de costo de vida que representa la salud y que hace parte del IPCA aumentó un 61,3%. De ahí la pertinencia de su utilización

¹⁶ En la Enmienda Constitucional N° 29, aprobada en 13 de septiembre de 2000 se fijan los recursos mínimos que la unión, los estados, el Distrito Federal y los municipios deben destinar a las acciones y servicios públicos de salud. En el caso de la unión, se determinó que el Ministerio de la Salud debería asignar, en 2000, el valor comprometido en 1999 más el 5%. De 2001 a 2004, el valor debería ser corregido según la variación nominal del PIB. Para los Estados, en el año 2000 los recursos invertidos en el sector salud deberían ser de un mínimo del 7% de la recaudación de impuestos (excluidas sus transferencias a los municipios), hasta llegar al 12% en 2004, con aumentos anuales, a partir de 2001, de por lo menos 1/5. En el caso del Distrito Federal y los municipios se debía asignar un mínimo del 7% en 2000, hasta alcanzar el 15% en 2004, también con aumentos anuales de por lo menos 1/5.

de fuentes”) que resultaba en un saldo líquido para el sector salud próximo a cero; (iii) impedía que la política de generación de superávit fiscal tomara recursos del área de salud.

Objetivos y estrategias

Los principales objetivos de la política de salud en el período apuntaban a ampliar el acceso de la población a los servicios de salud, aumentar la oferta, mejorar su calidad y profundizar la equidad.¹⁷

En materia de estrategias, y ante un panorama macroeconómico de restricciones presupuestarias y de la presión que ejercía la demanda de servicios públicos de salud, los márgenes de maniobra para implementar la política de salud eran relativamente estrechos. Sin embargo, a través de un examen de las acciones ejecutadas en el período se puede deducir que la búsqueda de los objetivos señalados se hizo por intermedio de las siguientes estrategias:

- énfasis en la atención básica,¹⁸
- descentralización de recursos y acciones,
- control de la oferta de servicios de media y alta complejidad,
- política activa de destino de los recursos,
- estabilidad en el financiamiento del sector público y regulación en las áreas de medicamentos y salud suplementaria

El énfasis en la *atención básica* se puede ver en el refuerzo y ampliación de los recursos para este nivel, justificable en razón de la intención de alcanzar varios objetivos simultáneamente, algunos de ellos de mediano y largo plazo:

- exigir menos recursos per cápita y menos tecnología, facilitar el reclutamiento de personal y demandar una menor movilización de recursos;
- facilitar el acceso al sistema de salud de la población más vulnerable;
- resolver los problemas de salud en el nivel básico para evitar la derivación de casos hacia los niveles más complejos y de mayor costo del sistema;

¹⁷ Una buena referencia es Serra, 2000.

¹⁸ Por *atención básica* se entiende el conjunto de acciones de carácter individual o colectivo que ocurre en el primer nivel de atención de los sistemas de salud, y que está dirigido a promover la salud, prevenir agravamiento de situaciones mórbidas, así como al tratamiento y la rehabilitación, a saber: consultas médicas en especialidades básicas; atención odontológica básica; cuidado básico suministrado por otros profesionales de salud; visita y/o atención ambulatoria y domiciliaria por parte de los miembros del equipo de Salud de la Familia; vacunación, asistencia prenatal, pequeñas cirugías ambulatorias, atención rápida, entre otros, que fundamentalmente se originan en las unidades básicas de salud. La *media y alta complejidad* comprende tanto procedimientos ambulatorios como hospitalarios. En los servicios de complejidad media se incluyen, entre otros: cirugías ambulatorias especializadas, procedimientos de traumatología y ortopedia, patología clínica, diagnóstico radiológico, ecografías, órtesis y prótesis, anestesia, hemodinámica, terapia renal sustitutiva, radioterapia, quimioterapia, resonancia magnética, tomografía, hemoterapia y medicamentos diferenciados. En la alta complejidad, además de las internaciones hospitalarias de cualquier naturaleza, figuran los partos y varios tipos de cirugías, de las más simples a las más complejas (como cardíacas, neurológicas, oncológicas, entre otras).

- cambiar la lógica del modelo de asistencia, reestructurando la organización del mismo a partir de la puerta de entrada de la atención básica, con el fin de volverlo más accesible, más resolutivo y con costos menores a mediano plazo.¹⁹

La primera tarea consistió en establecer, en 1998, un valor per cápita mínimo (denominado Piso de Atención Básica (PAB), inicialmente fijado en R\$10,00/año), suma que todos los municipios tendrían derecho a recibir directamente del Ministerio, con repagos automáticos y mensuales provenientes del Fondo Nacional de Salud y dirigidos a los Fondos Municipales de Salud.²⁰ Solamente con esta medida, cerca de 3.860 municipios brasileños (70% del total) que recibían sumas inferiores a este valor, vieron aumentar los fondos que obtenían. Aquellos municipios con asignaciones per cápita por encima de ese nivel continuaron recibiendo los valores anteriores. Los más beneficiados fueron los municipios más pequeños y más pobres, algunos de los cuales anteriormente ni siquiera presentaban condiciones materiales para dirigir al Ministerio de Salud las solicitudes de resarcimiento.²¹

En los años posteriores se crearon incentivos al PAB (denominados PAB variables), que consistían en valores per cápita aumentados con respecto al PAB fijo para municipios que asumieran otras responsabilidades en la atención básica, como por ejemplo vigilancia sanitaria (R\$0,50 per cápita/año), vigilancia epidemiológica (R\$0,50 per cápita/año), deficiencias nutricionales (R\$0,50 per cápita/año), asistencia farmacéutica básica (R\$0,50 per cápita/año) y agentes comunitarios de salud y/o equipos de Salud de la Familia, como se verá más adelante.²²

Se debe destacar especialmente la implementación del incentivo a la asistencia farmacéutica, muy importante para la atención básica, pues uno de los defectos del sistema de salud brasileño era que el ciudadano recibía consulta médica y no tenía como pagar por los medicamentos recetados para solucionar su problema de salud. Esto hacía que el paciente regresara nuevamente al sistema, sobrecargándolo y elevando sus costos. En esta primera etapa se aseguraron los medicamentos esenciales para atender problemas simples de salud.

La ampliación del número de agentes comunitarios y de equipos de Salud de la Familia constituyó la política más activa del Ministerio y un gran esfuerzo por sentar las bases para el cambio del modelo de salud vigente, el cual privilegiaba la atención preventiva, la promoción y la rehabilitación a partir de las unidades básicas de salud, en un intento por abrir la puerta de entrada al sistema. Se crearon entonces incentivos financieros para aquellos municipios que implantaran equipos de Salud de Familia (formados por un médico, un enfermero, un auxiliar de enfermería y cinco o seis agentes comunitarios de salud, que podrían satisfacer las necesidades de atención básica de aproximadamente 750

¹⁹ Sobre las ventajas de la atención básica, véase Starfield, 2002.

²⁰ Fondos previstos en la legislación (Ley N° 8.080 del 19 de septiembre de 1990 y Ley N° 8.142 del 28 de diciembre de 1990), en los cuales se depositan los recursos de todas las fuentes para el sector y de donde salen los gastos correspondientes.

²¹ Del total de 5.560 municipios brasileños, 582 no presentaban facturación y por lo tanto no recibían nada para la atención básica; 1.842 facturaban hasta R\$5,00/per cápita y 3.860 recibían por debajo de R\$10,00/per cápita. (Negri, 2002; Costa y Pinto. 2002).

²² Tanto el PAB fijo como el variable ya estaban previstos en las NOB de 1996.

familias en un territorio delimitado). Inicialmente estos incentivos preveían el pago de montos fijos por parte del Ministerio por equipo implantado.²³

Cuando la tasa de crecimiento del número de equipos se redujo en 1999, el Ministerio creó un incentivo financiero adicional donde los equipos existentes y los que se iban a crear recibirían valores mayores en función de la población cubierta. Como se observa en el Cuadro 4, el monto entregado por cada equipo formado casi se duplica entre el límite inferior de cobertura (hasta 4,9% de la población) y el superior (70% y más de la población cubierta). Como se verá más adelante, el número de equipos creado entre 1999 y 2000 se duplicó, lo cual es prueba del acierto de esta política de incentivos.

Cuadro 4. Monto de los incentivos para la implantación de equipos de Salud de la Familia por grado de cobertura de población

Clasificación de franja de cobertura	Franjas de cobertura de población (%)	Valor del incentivo/ equipo/año (R\$)
1	0 a 4,9	28.008
2	5 a 9,9	30.684
3	10 a 19,9	33.360
4	20 a 29,9	38.520
5	30 a 39,9	41.220
6	40 a 49,9	44.100
7	50 a 59,9	47.160
8	60 a 69,9	50.472
9	70 y más	54.000

Fuente: Ministerio de Salud, 2000.

Con el fin de apoyar esta política se tomó la decisión fundamental de asegurar los recursos para su implementación. Como se aclaró anteriormente, se consideran solamente los valores relativos al PCC. La opción por la atención básica como prioridad quedó en evidencia, de modo que los recursos allí asignados (Cuadro 5) aumentaron de R\$1.575 millones en 1995 a R\$2.983 millones en 2002 (89,4% de incremento real), mientras que los recursos para la atención de complejidad media y alta pasaron de R\$6.687 millones a R\$7.934 millones en el mismo período (18,6% de incremento real). Con esto, la participación de la atención básica en el PCC del Ministerio pasó de 16,2% en 1995 a 22,3% en 2002. También se puede observar que mientras los recursos para el PAB fijo

²³ Aunque el principal foco de la política fuese la expansión del número de equipos completos de Salud de la Familia, se siguieron aportando sumas fijas para la contratación de agentes comunitarios, particularmente en aquellos municipios que enfrentaban dificultades para enganchar a los profesionales necesarios destinados a constituir tales equipos.

permanecían relativamente constantes, los recursos para los agentes comunitarios y el programa Salud de la Familia crecieron en un 917,7% (de R\$79 a R\$804 millones en valores reales), así como también crecieron los recursos para las demás acciones de la atención básica.²⁴

También hubo un gran esfuerzo en la calificación de los profesionales vinculados a los equipos de Salud de la Familia: se crearon polos de capacitación vinculados con las universidades en todos los estados, con el fin de adiestrar a sus recursos humanos. Posteriormente se abrieron cursos de especialización y residencia en Salud de la Familia. Esta iniciativa se profundizó con el desarrollo de un amplio programa de formación y calificación de auxiliares y técnicos de enfermería, denominado Profae, financiado con recursos del BID, lo que serviría para aumentar la cantidad de personal exigida por la expansión de la estrategia de Salud de la Familia.²⁵

Cuadro 5. Destino de los recursos del presupuesto de financiamiento y capital del Ministerio de Salud, valores reales, 1995-2002
(R\$ millones de 1995)

Descripción	Año							
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
1 - Atención Básica	1.575	1.377	1.957	2.225	2.493	2.620	2.889	2.983
PAB fijo	1.116	1.046	1.223	1.470	1.392	1.276	1.229	1.137
Salud Familia/Ag.Común	79	101	140	193	254	485	665	804
Car.Nutr/Beca.Alim.	129	29	88	50	110	112	117	155
Farm. Bás/Hipert. y Diab.				38	97	121	115	101
Vacunas/Vacunación	105	120	155	162	215	197	228	302
Combate a las endemias	146	81	351	312	425	429	535	484
2 - Media y alta complej.	6.687	6.713	7.713	7.058	7.603	8.004	8.283	7.934
Ambulatorios/Hospitales	6.130	6.118	7.098	6.484	7.034	7.494	7.791	7.448
Hospitales propios	557	595	616	574	569	510	492	486
3 – Otros Costos/Invers.	1.479	1.042	1.542	1.685	2.165	2.357	2.425	2.435
4 – PCC	9.742	9.137	11.214	10.970	12.260	12.983	13.597	13.353

Deflactor: IPCA/IBGE

Fuente: Ministerio de la Salud, Subsecretaría de Planeamiento y Presupuesto.

²⁴ Es importante notar que tanto los recursos del PAB fijo como los destinados al programa Salud de la Familia ocupan el mismo espacio en la atención básica. El Gobierno le apostó al modelo Salud de la Familia y para eso estabilizó los recursos en términos reales del PAB, además de que aumentó sustancialmente los de Salud de la Familia. También cabe mencionar los gastos de inversión en entrenamiento y calificación del personal destinado a los equipos de Salud de la Familia, los cuales se canalizaron a través del proyecto REFORSUS (Santos, 2002a).

²⁵ Los datos sobre Salud de la Familia se encuentran en Santos (2002a).

La descentralización de los recursos tenía por objeto dejarlos más cerca de aquellos que efectivamente prestaban servicios: estados y municipios. Los pagos pasaron a ser automáticos y mensuales, sin el prerequisite de envío de los documentos relativos a los procedimientos realizados, aunque continuaba siendo obligatorio remitirlos para fines de registro de la información. Esta estrategia cumplía algunas finalidades:

- Desburocratizaba el sistema y disminuía los costos en la medida en que se reducían los esfuerzos involucrados en la preparación, comprobación y corrección de datos e informaciones.
- Agilizaba la transferencia de recursos, pues evitaba atrasos, permitía una mejor planificación de las acciones locales y una mejor organización de los recursos (materiales y humanos) al tiempo que aminoraba los costos, dada la certeza sobre la llegada de los recursos en cuotas mensuales y fechas preestablecidas.
- Aumentaba la responsabilidad de los gestores locales en la medida en que eliminaba la posibilidad de utilizar la disculpa del atraso o la falta de transferencia de los recursos federales para justificar los problemas locales de asistencia, si bien el sistema de cofinanciación y los posibles cuestionamientos en relación con los valores aún permitían atribuir las responsabilidades por la mala gestión a otras esferas del gobierno.

La descentralización de los recursos hacia los estados y municipios se realizó de acuerdo con las alternativas de modalidad de gestión aprobada, resultante de un proceso de habilitación de los estados y municipios previsto en las NOB de 1996. Allí se indicaba que deberían llenar determinados prerequisites de organización y capacidad de gestión del sistema. Cabe señalar en este punto que al comienzo hubo cierta laxitud de parte de los cuerpos colegiados en el proceso de aprobación, pues evidentemente había localidades que no estaban preparadas para la tarea.²⁶ De cualquier manera, existen instrumentos de control y evaluación del Ministerio que permiten corregir estas distorsiones. En el Cuadro 6 se puede observar el avance en el proceso de descentralización. Además del número de municipios (prácticamente todos) y estados habilitados que ya recibían recursos automáticamente, el dato más importante es que mientras que en 1997 solamente el 24,1% del total de los recursos federales se transfería automáticamente, en 2001 la proporción ascendía al 66,9%.

]

²⁶ Tanto las modalidades de gestión como los requisitos de habilitación constan en las NOB de 1996.

Cuadro 6. Indicadores de evolución de la descentralización, 1997-2001

Indicadores	Dic./97	Dic./98	Dic./99	Dic./00	Dic./01
Número de municipios habilitados con transferencias automáticas	144	5.049	5.350	5.450	5.516
Número de Estados habilitados con transferencias automáticas	-	2	7	8	12
% de la población residente en los municipios habilitados con transferencias automáticas	17,3	89,9	99,3	99,7	99,9
% total de recursos federales transferidos a los fondos de salud	24,1	52,5	58,1	63,2	66,9

Fuente: Ministerio de Salud, 2002b.

El *control de la oferta de servicios de mediana y alta complejidad* fue un elemento esencial en la estrategia para estabilizar los costos de salud, en la medida en que éstos representan el área de asistencia que absorbe la mayor parte de recursos del Ministerio y del sistema de salud nacional. Lo anterior permitió liberar recursos para la política prioritaria del Ministerio, a saber, la ampliación de la atención básica. Este mecanismo de control también le permitió al Ministerio crear incentivos para ofrecer exámenes, procedimientos y cirugías para los cuales había una demanda importante aunque una oferta restringida, e incorporar nuevos medicamentos de uso continuo o de alto costo (medicamentos especiales) para ser distribuidos gratuitamente a la población en estado grave o con alguna enfermedad crónica.

La principal medida adoptada fue eliminar la práctica de reajustes lineales de las tablas de procedimientos con base en algún índice anterior de inflación. Los reajustes lineales estabilizaban los precios relativos, mantenían rígida la estructura de la oferta y creaban una selección adversa de la clientela para los servicios ambulatorios y hospitalarios, pues daban lugar a una mayor oferta de los procedimientos que arrojaban alguna ganancia, al tiempo que se moderaba la oferta de aquellos cuyos costos superaban los precios registrados en la tabla del SUS. Con la diferenciación de reajustes se pudo, por un lado, alinear los precios de algunos procedimientos con sus costos (tarea que es imposible de completar en un ciclo de gobierno y por lo tanto debe ser permanente), mientras que por otro lado favoreció un aumento de algunos servicios de interés para la salud de la población identificados por el Ministerio a través de las demandas expresadas por los movimientos de la sociedad civil organizada.²⁷

²⁷ La tabla de procedimientos establece los valores que el sector público le paga al sector privado por los servicios prestados. La selección adversa permanece aunque se haya hecho la corrección de precios e incluso por cuenta de ella. Este problema sólo se podrá atenuar sustancialmente cuando los recursos sean suficientes para corregir los valores de un amplio número de procedimientos.

Para los medicamentos especiales o diferenciados, el Ministerio de Salud poseía una lista que se fue ampliando a lo largo de los años, en función de la disponibilidad de recursos financieros y siempre a partir de un estudio cuidadoso de la demanda potencial y de los costos unitarios de cada uno. Los pacientes que necesitan obtenerlos sin costo alguno se registran en el sistema público de salud, en el cual reciben tratamiento y acompañamiento. Esta medida permitió ampliar el acceso a esos medicamentos por parte de la población y controlar los costos de esa política. En 2002 había 87 medicamentos especiales en la lista.²⁸

Otra medida fue la creación del Fondo de Acciones Estratégicas (Faec), con recursos centralizados en el Ministerio de Salud.²⁹ Ese fondo fue creado para garantizar la compra de los medicamentos especiales y atender las necesidades específicas de salud o la oferta de algunos servicios que la descentralización de recursos no aseguraba. En el caso de los medicamentos especiales, los estados reciben los recursos federales en función de su precio, la posología indicada y el número de pacientes registrados. Igualmente se creó la posibilidad de complementar el traspaso de recursos a los estados y municipios en situación de gestión plena cuando éstos ofrecen servicios de alta complejidad a los ciudadanos de otros estados y municipios, cuyos valores no se habían previsto en la transferencia automática y en la Programación Pactada e Integrada (PPI).³⁰ Esto ocurre debido al desequilibrio tecnológico de la oferta de servicios de salud entre estados y regiones, lo que provoca el tránsito de pacientes hacia los servicios sin que exista la necesaria cobertura de recursos, comprometiendo así el presupuesto del estado receptor. Además, el Faec permite ofrecer algunos servicios con demanda reprimida y oferta insuficiente, como ha sido el caso de las cirugías de cataratas, várices, próstata, etc.

No se pueden dejar de mencionar las seis iniciativas adoptadas para mejorar la gestión hospitalaria en el país: (i) curso de especialización presencial en administración hospitalaria destinado a los grandes hospitales; (ii) entrenamiento de gerencia a distancia para hospitales pequeños y medianos; (iii) curso a distancia de gestión de mantenimiento de equipos; (iv) curso a distancia de manejo de residuos hospitalarios; (v) creación del programa de Centros Colaboradores para la Calidad de Gestión y Asistencia Hospitalaria; (vi) desarrollo de un programa de acreditación hospitalaria y elaboración de un Manual de Acreditación Hospitalaria. Todas estas iniciativas fueron ejecutadas en el ámbito del Proyecto REFORSUS.³¹

La *política activa de destino de recursos* fue una estrategia fundamental del Ministerio de Salud, pues se contrapuso a la tendencia del sector público a mantener rígida

²⁸ La introducción de nuevos medicamentos exige protocolos clínicos elaborados con la participación de especialistas del área específica. Entre los medicamentos que figuran en la lista están los destinados al tratamiento de ETS/SIDA, hipertensión arterial, diabetes, trasplantes, hepatitis, osteoporosis, esclerosis múltiple, enfermedad de Alzheimer y pacientes en hemodiálisis, entre otros.

²⁹ El Faec fue creado mediante Resolución Ministerial GM/MS N° 531 del 30 de abril de 1999.

³⁰ La PPI es un instrumento de planificación en el ámbito de cada municipio y estado por medio de la cual se estiman la demanda y la oferta de acciones y servicios de salud en función de la capacidad instalada. El documento, fruto de arreglos entre municipios y estados, establece los valores necesarios para ejecutar las acciones previstas.

³¹ Los datos sobre el contenido de los cursos se encuentran en Santos (2002a). En Ministerio de la Salud (2002c) hay información relacionada con el mismo tema.

la estructura de gastos en función de programas y acciones existentes únicamente mediante el reajuste de los montos de acuerdo con algún índice de precios. La política activa consiste en redestinar los recursos de forma coherente con las prioridades establecidas y revisar la forma y la calidad del gasto existente en función de los resultados. Lo anterior implica optimizar los resultados con los recursos existentes. Siendo coherente con las estrategias anteriores, el Ministerio siguió algunos principios y buscó algunas finalidades:

- Se realizó una ejecución presupuestaria y financiera que daba prioridad al repago automático de recursos en fechas definidas, eliminando atrasos a partir de 1997.
- Se privilegió la destinación de recursos a aquellas acciones relacionadas con la atención básica, especialmente al programa Salud de la Familia.
- Se garantizaron los recursos para atender el principio de descentralización.
- Se buscó reducir la disparidad entre regiones y estados en la distribución per cápita de los recursos federales, elemento crucial en la búsqueda del objetivo de mayor equidad.
- Hubo una fuerte concentración de inversiones en obras civiles y equipos de mediana y alta complejidad, los cuales se ofrecieron a las regiones más pobres, al tiempo que se actualizó tecnológicamente el sistema ambulatorio y hospitalario de todo el país, mejorando así la retaguardia de la atención básica.

La mayoría de estas cuestiones ya fueron tratadas anteriormente y todas estaban relacionadas con los gastos de financiación del Ministerio en atención básica, así como en atención de mediana y alta complejidad. Resta abordar el tema de la inversión, donde había tres problemas que debían ser resueltos: (i) ampliar los recursos para invertir en la atención básica en función de las prioridades establecidas; (ii) aumentar la oferta de servicios y modernizar la red ambulatoria y hospitalaria en la que hacía mucho tiempo no se invertía; (iii) asegurar la retaguardia de mediana y alta complejidad, necesaria en razón del aumento de la atención básica y de los cambios epidemiológicos causados por el proceso de urbanización y por el envejecimiento de la población. Desde la crisis de los años ochenta, los estados no contaban con la capacidad de invertir y la única alternativa era suministrar los recursos necesarios. Para tal fin se fueron ampliando gradualmente los recursos del Tesoro Nacional a través de un proyecto de inversión que se implementaría entre 1996-2002 denominado REFORSUS, el cual contaba con financiamiento del BID y el BIRD.³²

Descontando la inversión en saneamiento básico, entre 1995-2002 (Cuadro 7) hubo una inversión media en infraestructura del SUS de R\$777,6 millones anuales, lo que representó una media de 4,2% de los recursos disponibles para que el Ministerio ejecutara las acciones de financiación e inversión contempladas en el PCC.³³ Como se puede

³² Préstamo de US\$650 millones destinado a inversiones en infraestructura (cerca de 1.000 hospitales en todo el país, 198 unidades de hemoterapias y 27 laboratorios de salud pública) y a la adición de cerca de 10.000 camas hospitalarias a la red con el fin de permitir la realización de 60.000 nuevas internaciones /mes y 25.000 nuevas cirugías/mes (Santos, 2002a)

³³ Por lo general el Ministerio de Salud no invierte en saneamiento básico. Sus acciones se restringen a sistemas simples de saneamiento y mejoras sanitarias en pequeñas localidades y zonas rurales. Sin embargo,

observar, en el período 1999-2002 –precisamente cuando se lleva a cabo la mayoría de las acciones prioritarias del Ministerio-- el volumen de inversiones en infraestructura del SUS casi se duplicó, llegando a R\$4,0 billones, comparado con los cuatro años anteriores (R\$2,2 billones).

Además de la atención básica, que exige menos recursos debido a su baja complejidad tecnológica, gran parte del valor de las inversiones se destinó a concluir, reformar, ampliar adecuar y equipar en forma apropiada los establecimientos de salud existentes. Todos los hospitales universitarios federales estatales de nivel terciario, así como los más importantes de los estados, recibieron recursos de inversión para adquirir equipos de alta complejidad. La mayoría de las inversiones se asignaron a las unidades de maternidad, centros de cirugía, unidades de terapia intensiva (pediátricas y para adultos), oncología (diagnóstico y tratamiento), neurología, cardiología y urgencias. Se diseñaron planes de inversión específicos para urgencias y oncología, no sólo por la precariedad de los servicios sino por la evidencia existente respecto a la mayor mortalidad causada por accidentes, así como por el incremento de las enfermedades crónicas degenerativas como resultado del envejecimiento de la población. También se invirtió en los laboratorios públicos de producción de medicamentos genéricos, tema que fue objeto de un plan específico (Ministerio de Salud, 2002d).

Cuadro 7. Inversión del Ministerio de la Salud, 1995-2002
(R\$ millones a precios de 2001)

Descripción	Período		Total 1995/2002
	1995/1998	1999/2002	
1- Infraestructura del SUS	2.201,8	4.019,2	6.221,0
1.1 - Proyecto REFORSUS (BIRD/BID)	308,8	991,1	1.299,9
1.2 - Proyecto de reequipamiento hospitalario	-	212,6	212,6
1.3 - Acuerdos directos con estados/mun./entidades	312,5	493,5	806,0
1.4 - Enmiendas parlamentarias estados/mun./entid.	403,7	1.110,0	1.513,7
1.5 - Proyectos Noroeste I y II (BIRD)	169,2	-	169,2
1.6 - Sangre y hemoderivados	41,9	136,8	178,7
1.7 - Lucha contra el cáncer	87,4	100,5	187,9
1.8 - Lucha contra el SIDA	9,9	52,7	62,6
1.9 - Vigilancia sanitaria	26,3	69,8	96,1
1.10- Vacunas y vacunación	134,3	100,8	235,1
1.11- Control de endemias	256,5	405,8	662,3
1.12- Salud indígena	-	40,0	40,0
1.13- Otros	451,3	305,6	756,9
2 – Saneamiento básico	753,8	2.635,2	3.389,0
2.1 - Acuerdos directos con estados / municipios	484,8	594,1	1.078,9
2.2 - Enmiendas parlamentarias	269,0	551,1	820,1

el 14 de diciembre de 2000, mediante la Enmienda Constitucional N° 31 se creó el Fondo de Combate y Erradicación de la Pobreza, y el Ministerio de la Salud paso a recibir excepcionalmente recursos para invertir en saneamiento básico en 2001.

2.3 - Proyecto Alborada (Fondo de Combate y Erradicación de la Pobreza)	-	1.490,0	1.490,0
TOTAL GENERAL	2.955,6	6.654,4	9.610,0

Deflactor: IGP-DI/FGV

Fuente: Ministerio de Salud, Subsecretaría de Planeamiento y Presupuesto.

El financiamiento y la regulación cubrieron tres áreas del sector de salud: los recursos, los medicamentos y los planes privados de salud. En relación con el financiamiento, se buscó mantenerlo estable por medio de la Enmienda Constitucional N°. 29. En cuanto a la regulación, las preocupaciones centrales fueron los costos, la calidad del sistema y la protección de la población, ya que el sistema tiende a beneficiar tanto a la población que depende del sistema público, como a la que está cubierta por los planes de salud privados o la medicina liberal. Inicialmente se trató de abordar el tema de los precios de los medicamentos mediante la implementación de una política para facilitar la introducción de los genéricos.³⁴ Posteriormente hubo congelamiento y control de precios para la mayoría de los medicamentos.³⁵ En el aspecto institucional, las normas se implantaron por medio de la creación de dos agencias reguladoras: la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (Anvisa), y la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS).³⁶

Entre otras funciones, a la Anvisa le corresponde decidir sobre la introducción de nuevos medicamentos en el mercado, evaluar los protocolos para aprobación de los genéricos y vigilar y hacer cumplir los precios de los medicamentos, lo cual incluye examinar los reajustes solicitados por las compañías farmacéuticas y definir el índice de los mismos. La ANS debe acompañar y hacer cumplir los contratos de las operadoras de planes de salud con sus clientes; establecer los patrones de los contratos; evaluar y decidir los reajustes de los mismos; y exigir, de acuerdo con la legislación que la creó, los reembolsos al sector público por los planes de salud privados resultantes de la atención eventual de sus afiliados, siempre y cuando los procedimientos adoptados estén previstos en esos contratos.

³⁴ Aunque existiese un decreto gubernamental sobre los medicamentos genéricos (Decreto N° 793 del 4 de abril de 1993), no se crearon condiciones objetivas para su aplicación y/o para desarrollar una política en el área. Solamente con la creación de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria – Anvisa (Ley N° 9.782 del 26 de enero de 1999) fue posible implementar una política para los medicamentos genéricos (Ley N° 9.787 del 10 de febrero de 1999). Simultáneamente se creó un plan de inversión para la modernización de los laboratorios oficiales (laboratorios públicos estatales que producen algunos medicamentos genéricos) que, además de atender a la demanda del sector público de salud, sirven como fuente de precios de referencia para los genéricos.

³⁵ Por medio de la Medida Provisional N° 2063 del 18 de diciembre de 2000 se congelaron los precios de los medicamentos y se estableció una fórmula para su reajuste, así como una Cámara de Medicamentos que se encargaría de analizar las solicitudes de reajuste de precios, entre otras labores.

³⁶ La legislación mediante la cual se creó la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria ya fue citada en la nota anterior. La Agencia Nacional de Salud Suplementaria fue creada mediante la Ley N° 9.9961 del 28 de enero de 2000.

Instrumentos

Para alcanzar los objetivos y estrategias definidos se utilizaron los instrumentos previstos en la legislación y normas del SUS y/o se crearon otras alternativas.

Los principales instrumentos utilizados en la atención básica de salud fueron:

- la definición de una asignación per cápita mínima;
- la elaboración de mecanismos de transferencia automática de recursos para los municipios con base en la asignación per cápita;
- la creación de incentivos o destinación de fondos adicionales a la asignación per cápita a medida que los municipios asumían otros tipos de programas o acciones definidas por el Ministerio (asistencia farmacéutica básica, vigilancia sanitaria, epidemiológica y combate a las carencias nutricionales/Beca Alimentación); y
- la definición del monto transferible por equipo de Salud de la Familia a los municipios, y posteriormente la creación de un incentivo progresivo en función del grado de cobertura de la población en cada uno de ellos.

En los niveles de atención de complejidad media y alta se usaron los siguientes instrumentos:

- reajustes diferenciados de los precios de los procedimientos para incentivar la oferta de servicios identificados por el Ministerio como de interés para la población;
- introducción gradual de nuevos medicamentos especiales a ser distribuidos en forma gratuita para la población de acuerdo con la disponibilidad de recursos del Ministerio;
- creación del Fondo de Acciones Estratégicas (Faec) e
- inversiones para ampliar y modernizar la infraestructura física y tecnológica del sistema con recursos del Tesoro y de fuentes internacionales.

En cuanto al marco más general se emplearon los siguientes instrumentos:

- la aprobación de la Enmienda Constitucional N° 29 que aseguró la estabilidad del financiamiento para el sistema público de salud;
- la aprobación de la legislación necesaria para desarrollar una política relativa a los medicamentos genéricos y para controlar los precios de los mismos; y
- la creación de agencias reguladoras de vigilancia sanitaria y de salud suplementaria.

Es importante resaltar que parte de los instrumentos utilizados no exigió cambios institucionales pues la legislación existente sobre dicho sistema ya los preveía o dejaba espacio para su concepción y utilización. Como se destacó al comienzo de este trabajo, el sistema de salud se maneja con base en normas y procedimientos elaborados por el Ministerio de Salud, con la participación de la mayoría de los asociados municipales y estatales. En el período analizado, solamente la cuestión de los medicamentos genéricos, control de precios de los mismos, reglamentación de los planes de salud y definición de los límites mínimos de recursos de todas las esferas del gobierno exigieron cambios legales y constitucionales aprobados por el Congreso Nacional.

Resultados

Dado que se trata de un proceso muy reciente, no existe aún la suficiente evaluación científica para analizar el impacto de esta política. Los resultados de que se dispone son de orden cuantitativo y se expresan en la oferta de servicios. Por otro lado, los impactos sólo podrían verificarse mediante indicadores de acceso y utilización de los servicios, y a través del examen de la calidad del estado de salud de la población. En este caso, además de no disponer de la información suficiente y adecuada, existen variables que también contribuyen a explicarlo. A continuación se presenta la información disponible que puede ayudar a inferir el impacto de las políticas y medidas adoptadas en la salud de la población.

Como no hay indicadores específicos, ofrecemos las siguientes hipótesis: (i) el aumento de recursos para la atención básica de salud, así como del número de equipos de Salud de la Familia sugieren una ampliación en el acceso y una mejoría en el cuadro de salud de los habitantes; (ii) una distribución más equitativa de los recursos federales de salud destinada a mejorar la situación relativa de las regiones más pobres del país significaría una reducción de la desigualdad en la oferta de servicios y, como consecuencia, se lograría ampliar el acceso de dicha población a los mismos; (iii) como no se dispone de evaluaciones de calidad de las demás acciones de la política de salud, se supone que el impacto podría reflejarse en la caída de los índices de mortalidad infantil, aunque este indicador refleja acciones que van mucho más allá que las actividades específicas en el área de salud.

En los Cuadros 8 y 9 se muestran los resultados de la política de incentivos a la implementación del programa Salud de la Familia en el país. En el primer cuadro se observa el importante crecimiento del número de equipos, que en 1994 eran 328 y con ellos se atendía a 1,1 millón de brasileños (0,7% de la población), mientras que para fines de 2002 sumaban 16.847 y atendían a 58,1 millones de personas (33,7%). En el segundo cuadro se puede ver la distribución de estos equipos en todo el país y el grado de cobertura de la población. Nótese que la región del nordeste, la más pobre de Brasil, es la que muestra mayor cobertura (48,1%).

Cuadro 8. Programa Salud de la Familia: número de equipos, población asistida y cobertura de población, 1994-2002

AÑO	NÚMERO DE EQUIPOS	POBLACIÓN ASISTIDA (Millones de habitantes)	PORCENTAJE DE COBERTURA DEL PAÍS
1994	328	1,1	0,7
1995	724	2,5	1,6
1996	847	2,9	1,8
1997	1.623	5,6	3,5
1998	3.083	10,6	6,5
1999	4.254	14,7	8,7
2000	8.604	29,7	17,5

2001	13.168	45,4	26,3
2002	16.847	58,1	33,7

Fuente: Ministerio de Salud, 2003.

Cuadro 9. Programa Salud de la Familia: número de equipos, población asistida y distribución regional, diciembre de 2002

REGIÓN	POBLACIÓN RESIDENTE		EQUIPOS DEL PSF		POBLACIÓN ASISTIDA	
	Millones de habitantes	% con relación al país	Cantidad	% región	Millones de habitantes	% de cobertura de población
Norte	13,2	7,7	1.193	7,1	4,1	31,0
Nordeste	48,3	28,0	6.741	40,0	23,3	48,1
Centro Oeste	11,9	6,9	1.420	8,4	4,9	41,2
Sudeste	73,5	42,6	5.053	30,0	17,4	23,7
Sur	25,4	14,8	2.440	14,5	8,4	33,1
TOTAL	172,4	100,0	16.847	100,0	58,1	33,7

Fuente: Ministerio de Salud, 2003.

En los Cuadros 10 y 11 se observa una parte del resultado de la política de reajustes diferenciados del precio de los procedimientos para incentivar la oferta de algunos servicios de mediana y alta complejidad, asociada a la política de inversión en obras y equipos. En el Cuadro 10 se observa el incremento en la producción de algunos servicios entre 1995 y 2001. Dado que la mayoría de estos procedimientos depende de una autorización previa, el crecimiento solamente se puede explicar por la existencia de una demanda reprimida que pasó a ser atendida. Además, su tasa de crecimiento fue superior a la del crecimiento de la población en el período, que según el IBGE ascendió al 8,4%. El Cuadro 11 muestra la distribución regional de estas cifras. En la mayoría de los procedimientos se observa un mayor crecimiento de la oferta en las regiones norte, nordeste y centro oeste (las más pobres del país), donde históricamente ha existido una menor capacidad instalada y oferta de servicios, lo que demuestra que se redujo la disparidad regional y se amplió el acceso de la población más pobre que no era atendida.

Cuadro 10. Cantidad de algunos procedimientos seleccionados, 1995-2001

Procedimientos	AÑO		2001/1995 (%)
	1995	2001	
Mamografías	589.729	1.475.224	150,1
Cirugías oncológicas	43.310	86.386	99,4
Resonancia magnética	43.873 ^(*)	87.004	98,3
Sesiones de hemodiálisis	3.375.573	6.585.913	95,1
Sesiones de quimioterapia	497.034	945.299	90,2

Trasplantes	4.134	7.229	74,9
Neurocirugías	90.953	151.555	66,6
Cirugías del corazón	51.345	78.141	52,2
Tomografías	573.018	817.656	42,7

(*) Dato de 1999

Fuente: www.datasus.gov.br

Cuadro 11. Aumento del número de procedimientos por región, 1995-2001

Procedimientos	Variación porcentual por región				
	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sur
Mamografías	196,4	176,9	246,7	139,9	115,6
Cirugías oncológicas	115,2	68,6	85,2	104,5	128,0
Resonancia magnética (*)	925,9	447,7	486,2	64,5	(8,2)
Sesiones de hemodiálisis	283,0	105,4	126,9	89,5	82,2
Sesiones de quimioterapia	174,4	89,7	95,6	89,5	85,1
Trasplantes	726,9	117,3	107,7	79,5	35,7
Neurocirugías	78,5	69,3	79,3	48,9	106,5
Cirugías del corazón	228,3	65,7	56,3	36,2	78,3
Tomografías	143,1	76,6	101,8	27,6	40,4

(*) Comparación 2001/1999

Fuente: www. datasus.gov.br

El Cuadro 12 presenta una síntesis de los resultados de la política de reducción de desigualdades en la distribución de los recursos federales de financiación de la salud (suma de los fondos para la atención básica y para los de mediana y alta complejidad). Se observa una reducción significativa en los valores per cápita de las regiones entre 1994 y 2001. La diferencia entre la menor asignación per cápita (R\$29,66) y la mayor (R\$52,89), que era del 78,3% en 1994, pasó a ser del 24,3% en 2001. Los valores per cápita de las regiones norte y noroeste, que representaban respectivamente el 64,75% y el 80,48% de la media nacional en 1994, pasaron a representar el 84,44% y el 96,3% en 2001. Por otro lado, la diferencia entre el mayor valor per cápita y el valor per cápita medio, que era del 15,46% (a favor de la región sudeste) en 1994, pasó a 4,96% (a favor de la región sur) en 2001. La explicación de que la región norte del país continúe con una asignación per cápita por debajo del nivel de las demás reside en su incapacidad de ampliar las instalaciones y ofrecer algunos servicios de alta complejidad, principalmente por la falta de recursos humanos adecuados, factor relacionado con la menor atracción que esa zona ejerce sobre los profesionales de salud.

Con estos resultados, además de los señalados anteriormente, se pueden extraer algunas conclusiones sobre el aumento de la equidad en la prestación de los servicios de salud en Brasil, dado que más allá del aumento de la oferta de servicios, tanto en la atención básica como en la de mediana y alta complejidad, los mayores aumentos relativos se concentran en las regiones más pobres del país. Esto solamente fue posible porque el aumento del valor per cápita medio del 78,4% fue superior a la inflación del período (45,6%). Añádase a lo anterior el hecho de que el aumento de la asignación per cápita fue mayor en las regiones más pobres, lo cual redujo las diferencias en la disponibilidad de recursos federales para la salud entre las distintas áreas del país. Se trata de una mayor equidad horizontal, el primer paso en dirección a una mayor equidad vertical.³⁷

Cuadro 12. Distribución regional de los valores per cápita (atención básica y servicios de media y alta complejidad), 1994-2001

Región	1994		2001		Variación del valor per cápita 2001/1994 (%)
	Valor per cápita \$R	Valor per cápita región/ media país (%)	Valor per cápita \$R	Valor per cápita región/ media país (%)	
Centro Oeste	45,19	98,65	81,26	99,41	79,8
Nordeste	36,87	80,48	78,71	96,30	113,5
Norte	29,66	64,75	69,02	84,44	132,7
Sudeste	52,89	115,46	84,68	103,60	60,1
Sur	50,42	110,06	85,79	104,96	70,1
BRASIL	45,81	100,00	81,74	100,0	78,4

Fuente: Ministerio de Salud, 2002b.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, ante la ausencia de otros indicadores directos de impacto se optó por utilizar un indicador sintético representado por la tasa de mortalidad infantil, a cuyo favor hay referencias que señalan que está asociado no sólo con las condiciones generales de vida de la población sino también a las posibilidades de acceso y a la calidad de los servicios de salud ofrecidos (Campos *et al.*, 2000). En el Cuadro 13 se muestran las tasas de mortalidad infantil de Brasil por regiones en los años de 1994 y 2002. Allí se observa una caída del índice del 32,2% para todo el país entre 1994 y 2002, con una reducción mayor en la región del nordeste (35,1%), la más pobre de Brasil. Aunque estas

³⁷ Según Starfield, quien se basa en la distinción formulada por West (Porto, 2002, p.129), equidad en los servicios de salud “significa que no hay diferencias en los servicios de salud para las mismas necesidades (horizontal) y que se ofrecerán más servicios donde las necesidades de salud sean mayores (vertical)” (Macinko y Starfield, 2002, p.3). En otras palabras, la equidad significa asegurar el acceso y la utilización de los servicios de salud de acuerdo con las necesidades de la población.

tasas sean altas --comparadas con las de otras naciones del mismo nivel de ingreso per cápita--, será importante hacer un seguimiento de su evolución en los próximos años, cuando los efectos de la política de salud adoptada habrán ampliado sus resultados. Esto considerando que hay un desfase cronológico entre los recursos asignados, la organización de los servicios y el impacto en la salud de la población.

Cuadro 13. Tasa de mortalidad infantil en Brasil, 1994-2002

Región	1994	2002	Variación %
Norte	37,7	27,7	(-) 26,5
Nordeste	63,8	41,4	(-) 35,1
Centro Oeste	26,7	20,4	(-) 23,9
Sudeste	27,5	20,2	(-) 26,5
Sur	23,5	17,9	(-) 23,8
Brasil	41,0	27,8	(-) 32,2

Fuente: Para 1994, www.saude.gov.br; para 2002, IBGE (2004).

Desafíos

No es difícil prever que uno de los desafíos que tendrá que enfrentar el sector salud será el de ampliar las actividades relacionadas con la atención básica, incluyendo el aumento del número de equipos de Salud de la Familia, especialmente en los grandes centros urbanos y regiones metropolitanas, donde las dificultades han sido mayores y los ambientes son más complejos.³⁸ Es obvio que esto exige más recursos, aunque los montos son relativamente bajos, como se demuestra con el aumento del número de equipos implantados (Cuadro 8) versus el aumento de los valores asignados (Cuadro 5). Debido al rápido crecimiento del número de equipos en el país, es necesario también hacer una evaluación de los resultados alcanzados y corregir problemas eventuales, especialmente en la calidad de la atención y en el entrenamiento y calificación profesional permanentes.

El segundo desafío está en el área de servicios e inversiones para garantizar la retaguardia necesaria a las acciones de la atención básica. Por un lado está la exigencia de evaluar la política de asistencia farmacéutica y proceder con las eventuales correcciones, pues el acceso a los medicamentos esenciales es un elemento fundamental en la reducción de costos. Por otro lado, existe la necesidad de organizar mejor el sistema con el fin de permitir el acceso oportuno de la población a los demás niveles de complejidad del sistema, siempre que sean indicados por la atención básica. Se trata, por lo tanto, de acelerar la implementación de la NOAS, norma que permite, por medio de los PDR y PDI de cada Estado, seleccionar las prioridades de los servicios que deben ser implantados y las inversiones que se deben realizar.

³⁸ En 2002, el Ministerio de la Salud firmó un contrato de financiación con el BIRD para desarrollar un proyecto con esa finalidad, denominado PROESF. El BID también ha mostrado interés en continuar apoyando proyectos relacionados con Salud de la Familia en Brasil.

El avance en la descentralización es un desafío que pasa, entre otros, por la capitación de los servicios de mediana complejidad después de reorganizar el sistema previsto por la NOAS. Esta es una posibilidad inmediata que no depende de las inversiones que se puedan realizar en los servicios propios del Estado, pues con los recursos de la capitación a ser transferidos los gestores podrían formular alternativas más convenientes para disponer de lo necesario, es decir, implantar servicios propios o adquirirlos en el mercado o de otros agentes públicos. En la alta complejidad también se deberá perseguir el objetivo de la capitación. El principal problema es el financiamiento, pues con los recursos actuales disponibles para la salud es inevitable el racionamiento de la oferta. De cualquier manera, existe un instrumento, el PPI, con sus respectivos parámetros asistenciales que da los elementos para continuar en esa dirección.

En los niveles de mediana y alta complejidad es necesario revisar permanentemente los valores de las tablas de procedimientos, no sólo para preservar la oferta de servicios e incentivar la de los que están reprimidos, sino para mejorar la calidad de los mismos. En el área de los medicamentos especiales, mientras no se trabaje en una política industrial y de asistencia farmacéutica más universal, perdurará la necesidad de incentivar la oferta de medicamentos genéricos y ampliar la lista de los medicamentos diferenciados de alto costo a ser distribuidos en forma gratuita entre la población.

Hay un largo camino por recorrer en el área de recursos humanos y administrativos. Existe la clara necesidad de contar con un plan de entrenamiento permanente tanto técnico como gerencial. El sistema de salud brasileño sólo tiene 16 años de existencia y en su organización actual presenta dificultades de gerencia, debido a que la gestión ha correspondido fundamentalmente a los profesionales de la salud, quienes carecen de las herramientas básicas de administración. Por otro lado, aunque ha habido avances en la informatización de la red y se dispone de varios datos de salud, todavía falta invertir mucho en esta área y se requiere integrar los bancos de datos de salud con las herramientas gerenciales para la planeación, organización, control y evaluación de las acciones.

Finalmente queda el problema del financiamiento. Aunque se haya logrado una estabilidad temporal, los gastos con relación al PIB todavía son mucho menores de lo que se invierte en países con sistemas de salud que funcionan relativamente bien. Por lo tanto, existe la necesidad de ampliar los gastos en salud en proporción al producto nacional. Este desafío pasa por la remoción parcial de las actuales restricciones macroeconómicas del país, donde el componente fiscal impide avanzar en el campo de las políticas sociales en general y de la salud en particular.

EDUCACIÓN

Cuadro institucional y de recursos

Estructura de la enseñanza en Brasil

La actual estructura del sistema educativo brasileño comprende la educación preescolar (guarderías hasta los tres años de edad y jardín hasta los seis años), la enseñanza básica

(ocho años de estudio, a partir de los siete años de edad), la enseñanza media (tres años de de formación general o técnica) y la educación superior.

En todos los niveles los alumnos son atendidos por redes de enseñanza pública federal, estatal o municipal, además de la privada. De acuerdo con la legislación vigente, los municipios deben dar prioridad a la educación preescolar y básica. Cabe a los estados y al Distrito Federal actuar especialmente en los últimos cuatro grados de la enseñanza básica y en la media. La educación superior pública es tarea del gobierno federal y de los estados. El gobierno federal debe organizar el sistema de educación superior, además de ejercer funciones de redistribución y suplementarias, prestando asistencia técnica y financiera a otras esferas del gobierno.

La enseñanza básica o primaria, con duración mínima de ocho años, es obligatoria, gratuita y garantizada por el Estado en las escuelas públicas, incluso para quienes no tuvieron acceso en la edad apropiada. En cuanto a la enseñanza media, la legislación actual prevé su progresiva universalización.

También hace parte de la educación formal la de aquellos que tienen necesidades especiales y la de jóvenes y adultos que no tuvieron acceso a la educación básica y media en la edad correspondiente o continuidad en sus estudios. La educación profesional -- integrada a diversas formas de preparación, al trabajo, y a la ciencia y la tecnología--, tiene por objeto desarrollar las aptitudes para la vida productiva. La enseñanza de nivel técnico es suministrada de forma independiente de la enseñanza media regular.

La educación superior comprende los cursos de licenciatura y postgrado. El nivel de licenciatura alcanza diferentes áreas profesionales y está abierto a candidatos que hayan concluido la enseñanza media y que hayan sido clasificados a través de procesos selectivos. El nivel de postgrado comprende los programas de maestría, doctorado y especialización. La legislación también estipula la posibilidad de realizar cursos secuenciales en el nivel universitario, aunque con menor tiempo de duración, para atender las demandas específicas del mercado. Estos cursos han sido ofrecidos básicamente por el sector privado, mientras que el sector público ha ofrecido cursos de extensión y especialización para graduados.

La enseñanza básica

Antes de la Constitución de 1998, a la educación le correspondía el 13% de los impuestos federales y el 25% de los estatales y municipales. Aunque la legislación era clara en dar prioridad a la asignación de los recursos a la enseñanza básica, había libertad en destinarlos a cualquier nivel de la enseñanza, desde la educación preescolar hasta el postgrado.³⁹ Esta libertad provocó un crecimiento desordenado de la educación del país, con predominancia de la expansión de la enseñanza superior, la cual absorbía más del 50% de los recursos del Ministerio de Educación (en 2003 era del 53%) y se diseminaba en las redes estatales y municipales en perjuicio de los niveles inferiores. Además de la ausencia casi total del sector público en la enseñanza inicial (jardín de infantes), la primaria (1° a 8° grados) llegaba a un poco más del 80% de los niños de 7 a 14 años, mientras que el acceso a la educación media era restringido.⁴⁰

³⁹ Ley N° 7.348 del 24 de julio de 1985, conocida como Ley Calmon.

⁴⁰ Para hacerse una idea de la distorsión, basta afirmar que mientras la tasa de escolaridad líquida de la enseñanza primaria pasó de 80,1% al 83,8% entre 1980 y 1991, esa misma tasa en la educación secundaria

Con la Constitución de 1998 se mantuvo la asignación del 25% de los impuestos de estados y municipios, mientras que la de los federales subió al 18% y se confirmó la contribución complementaria del salario-educación (véase la Nota 43) para la enseñanza primaria. Además, los valores destinados a la educación se elevaron mediante el alza del porcentaje del impuesto a la renta (IR) y a los productos industrializados (IPI) con destino al Fondo de Participación de los Estados (21,5%) y al Fondo de Participación de los Municipios (22,5%), de lo cual el 25% debía ser destinado al mantenimiento y desarrollo de la enseñanza. Se preservaba la libre destinación de los recursos entre los niveles de educación, incluso con el crecimiento en la matrícula de la enseñanza primaria, que aumentó en un 27,4% entre 1987 y 1994. Así, la tasa líquida de escolarización alcanzó el 87,5%.⁴¹

La reserva de recursos prevista en la Constitución, aunque había avanzado comparada con la situación anterior, mantenía algunos desequilibrios y desigualdades que se explican a continuación:

- La definición de los gastos en educación permanecía abierta, lo que favorecía la utilización de los recursos para diversas finalidades que fuesen interpretadas como relacionadas con la educación.
- No se crearon mecanismos de fiscalización adecuados sobre la utilización de los recursos. Debido a la debilidad de las definiciones ya mencionada, las cuentas eran por lo general aprobadas por los Tribunales de Cuentas de cada estado, que estaban más preocupados por la verificación formal de los porcentajes previstos por ley que por su contenido.
- Como no había una división clara de responsabilidades entre estados y municipios en cuanto a la educación primaria, surgieron algunos desequilibrios, siendo el principal de ellos la diferencia de recursos. Esto redundaba en la calidad de la educación y en el nivel de la remuneración de los profesores de escuelas de un mismo estado, dada la disponibilidad desigual de recursos entre estados y municipios.
- En 1994, mientras el 96,1% de los niños entre 7 y 14 años de edad de la región más rica del país (sudeste) eran atendidos en la educación primaria, en la región del nordeste (la más pobre) el porcentaje era de 87,3% (Semeghini, 2002).

Financiamiento de la educación

Ante este panorama, se solicitó a Barjas Negri, Secretario Ejecutivo del Fondo Nacional para el Desarrollo de la Educación (FNDE) que estudiara la posibilidad de revertir esa

pasó de 14,3% al 17,6 en el mismo período
(http://www.inep.gov.br/imprensa/estatisticas/indicadores/atend_escol.htm)

⁴¹ Los datos de 1994 se encuentran en la Sinopsis Estadística de la Educación Básica 1991-1995 (www.inep.gov.br) y, los de 1987, en: http://www.inep.gov.br/imprensa/estatisticas/indicadores/atend_escol.htm

situación con los recursos disponibles. Parte de los comentarios y de los cuadros que siguen fueron extraídos de su trabajo, que a su vez constituye la base del diagnóstico y de la propuesta que sería implementada a través de la creación del Fondo de Mantenimiento y Desarrollo de la Enseñanza Básica y Valoración del Magisterio (Fundef).⁴² Este Fondo determinaría que el 60% de las asignaciones a la educación deberían invertirse en la enseñanza primaria. Este trabajo permite comprender el origen y desarrollo de la propuesta.

En el Cuadro 14 se presentan los estimados de Negri sobre el recaudo de impuestos para el año de 1995, a través de los cuales se observa lo siguiente: (i) el gobierno federal recaudaba R\$42,3 billones y sus dos gravámenes más importantes, el IR y el IPI, respondían por el 84,4% del total; (ii) los gobiernos estatales y el Distrito Federal recaudaban R\$50,9 billones, el 92,7% de los cuales provenía de su principal carga impositiva, el ICMS; (iii) los gobiernos municipales recaudaban R\$7,3 billones y sus principales impuestos, el ISS y el IPTU, eran responsables por el 87,5% de la recaudación.

Cuadro 14. Impuestos recaudados en Brasil por esfera de gobierno, 1995

Esfera de gobierno /Tipo de impuesto	Recaudación (R\$ billones)	Participac. sobre el total (%)	Participaç. en cada esfera (%)
FEDERAL	42.277	44,8	100,0
Impuesto de Renta (IR)	26.455	25,0	56,0
Impuesto s/ Productos Industrializados (IPI)	13.408	12,7	28,4
Otros	7.414	7,1	15,6
ESTATAL	50.943	48,3	100,0
Impuesto s/ Circulación de Mercancías y Servicios (ICMS)	47.200	44,7	92,7
Impuesto s/ Propiedad de Vehículos Automot. (IPVA)	2.454	2,3	4,8
Otros	1.289	1,2	2,5
MUNICIPAL	7.316	6,9	100,0
Impuesto s/ Servicio de Cualquier Naturaleza (ISS)	4.500	4,3	61,5
Impuesto s/ Propiedad Territorial y Urbana (IPTU)	1.900	1,8	26,0
Otros	916	0,8	12,5
TOTAL	105.536	100,0	-

Fuente: Negri, 1997.

Dado que en Brasil hay un sistema de transferencia y de distribución de recursos definido constitucionalmente, el resultado final entre lo que se recauda y lo que se dispone por esfera de gobierno resulta bastante alterado, principalmente lo relacionado con los valores federales y municipales, como se observa en el Cuadro 15. Allí se puede ver que

⁴² Es importante destacar que aunque parte de los datos presentados por Negri son estimados y no corresponden exactamente a los valores verificados a posteriori, constituyen de todas maneras una buena aproximación y fueron la base del diagnóstico y de la propuesta de enmienda constitucional que dio lugar a la creación del Fundef.

después de ese proceso, el gobierno federal (que recaudó 44,8% de los impuestos en 1995) se quedaba con el 28,5%; los estados (que recaudaron 48,3%) se quedaban con el 44,2%; y los municipios (responsables apenas por el 6,9% de la recaudación) se quedaban con el 27,3% de los recursos totales.

Cuadro 15. Impuestos recaudados y disponibles por esfera de gobierno, 1995

Esfera de gobierno	Recaudado		Disponible	
	R\$ billones	%	R\$ billones	%
Federal	47.277	44,8	30.131	28,5
Estatad	50.943	48,3	46.638	44,2
Municipal	7.316	6,9	28.767	27,3
Total	105.536	100,0	105.536	100,0

Fuente: Negri, 1997.

De acuerdo con las asignaciones previstas en la Constitución de 1998, en el Cuadro 16 se presentan los valores que deben ser destinados a la educación en las diferentes esferas del gobierno. El total era de R\$24,3 billones (3,84% del PIB) que, sumados a los R\$ 2,4 billones correspondientes al salario-educación, ascendían a R\$ 26,7 billones (4,22% del PIB).⁴³

⁴³ El salario-educación, aplicable la enseñanza primaria, corresponde al 2,5% de la nómina de las empresas y, de acuerdo con el Decreto Ley N° 1.422 del 23 de octubre de 1975, los recursos recaudados se distribuyen de la siguiente manera: dos tercios para los gobiernos estatales, de acuerdo con la participación de cada unidad federativa en su recaudación total, y un tercio para el gobierno federal.

Cuadro 16. Impuestos disponibles para mantener y desarrollar la enseñanza pública en Brasil por esfera de gobierno, 1995

Esfera de Gobierno	Mandato Constitucional	R\$ billones	%
Federal	18%	5.423	22,3
Estatad	25%	11.659	48,1
Municipal	25%	7.192	29,6
Total	23%	24.274	100,0

Fuente: Negri, 1997.

En el Cuadro 17 se observa que los R\$26,7 billones estarían financiando aproximadamente a 38 millones de personas matriculadas en todos los niveles de la educación pública. Asimismo, más de la mitad de la enseñanza superior (52,8%) se concentraba en la esfera federal, si bien se registraba una participación alta (33,4%) de los gobiernos estatales y una menor (13,8%) de los municipales. La educación preescolar se concentraba en el área municipal (73,8%) y la educación primaria se dividía entre los gobiernos estatales (64,0%) y municipales (35,9%).

Cuadro 17. Estimado de la matrícula inicial en la red pública por nivel escolar y esfera de gobierno, 1995

Nivel escolar	Número de alumnos matriculados						Total alumnos	Alumnos/ nivel sobre el total (%)
	Federal		Estatad		Municipal			
	Número	Esf./niv. (%)	Número	Esf./niv. (%)	Número	Esf./niv. (%)		
Preescolar	6.589	0,1	1.186.085	26,1	3.358.789	73,8	4.551.463	12,0
Primaria	41.429	0,1	18.327.363	64,0	10.260.801	35,9	28.629.593	75,3
Secundaria	114.558	2,8	3.740.533	90,6	273.946	6,6	4.129.037	10,9
Superior	369.196	52,8	233.427	33,4	96.642	13,8	699.265	1,8
Total	531.772	1,4	23.487.408	61,8	13.990.178	36,8	38.009.358	100,0

Fuente: Negri, 1997.

Negri observó que había una distorsión entre los recursos disponibles para la educación primaria en las esferas estatales y municipales y los respectivos alumnos matriculados, como se muestra en el Cuadro 18. El primer desequilibrio era entre las regiones: las más ricas (sudeste y sur) disponían del 50,4% y 15,6% de los recursos respectivamente para atender al 40,1% y 13,7% de los alumnos de educación primaria. Entre tanto la región del nordeste (la más pobre) y la región norte disponían del 20,2% y 7,3% de los recursos respectivamente para atender al 29,8% y 9,3% de los alumnos. Tanto en términos absolutos como relativos, la región del nordeste era la más perjudicada.

Asimismo, había otro desequilibrio entre los gobiernos estatales y municipales dentro de cada región del país. El caso más evidente es el del nordeste, donde los estados tenían el 66% de los recursos y el 46% de los alumnos, mientras que los municipios retenían el 34% de los recursos y el 54% de los estudiantes.

Cuadro 18. Distribución de los recursos y matrícula en la educación primaria pública por región y esfera del gobierno, 1995

Región	Total		Estados		Municipios	
	% recursos	% alumnos	% recursos	% alumnos	% recursos	% alumnos
Norte	7,3	9,3	74	67	26	33
Nordeste	20,2	29,8	66	46	34	54
Centro Oeste	6,5	7,1	72	71	28	29
Sudeste	50,4	40,1	70	74	30	26
Sur	15,6	13,7	66	60	33	40
Total	100,0	100,0	69	63	31	37

Fuente: Negri, 1997.

Lo que el autor no muestra en este documento --aunque señala algunas de las distorsiones en determinados estados-- es un tercer desequilibrio importante entre los recursos y la matrícula de las escuelas de los gobiernos estatales y municipales --independientemente de si se trata de un estado rico o pobre--, en razón de la existencia de diferentes valores por alumno según la escuela en que estuviese matriculado, ya fuera estatal o municipal. Para superar la falta de información sobre ese importante elemento del diagnóstico de Negri se elaboró el Cuadro 19, donde se muestran estas diferencias con base en la matrícula de 1997 y en los valores constitutivos del Fundef.

Las distorsiones detectadas son el resultado del mayor o menor grado de municipalización de la enseñanza primaria vigente en diversos estados de la Federación. Mientras en el estado de São Paulo había una baja municipalización (18,8%), en el estado de Alagoas ésta llegaba al 73,2%. Las mayores distorsiones se encontraban en los estados de la región del nordeste, como muestra el índice de distorsión del Cuadro 19. En el estado de Acre, en la región norte, ocurría algo semejante, mientras que en la región del sudeste, en el estado de Río de Janeiro (RJ), se presentaba la peor situación de todos los estados con excepción de Acre. Otra distorsión era la desigualdad en el poder de recaudación y la respectiva capacidad de gasto entre los más de 5.500 municipios brasileños: en los más ricos el valor por alumno era más alto que en los más pobres.

Fue con base en este diagnóstico que se creó el Fundef. Con su creación no se buscaba reducir la disparidad regional, pues esto superaba ampliamente sus posibilidades, dado que parte de la distorsión *valor por alumno* de educación primaria dependía de la capacidad de recaudación de cada unidad de la federación. Sin embargo, en la medida en que se creó la posibilidad de complementar los recursos de los estados por parte del gobierno federal, se abrió un espacio para lograr un pequeño avance en esta dirección, si bien era insuficiente para reducir drásticamente el desequilibrio resultante de la estructura económica y social del país.

Cuadro 19. Gasto por alumno por región, estados y municipios de Brasil, 1998

UF/Región	Gobierno Estatal			Gobierno Municipal			Índice de distorsión (a)/(b)
	Contrib. al Fundef (R\$ millones)	Matrículas 1997 (número de alumnos)	Valor por alumno (R\$) (a)	Contrib. al Fundef (R\$ millones)	Matrícula de 1997 (número de alumnos)	Valor por Alumno (R\$) (b)	
Acre	65,3	86.527	755	12,8	42.123	304	2,48
Amazonas	166,2	340.400	488	64,9	203.155	319	1,53
Amapá	64,7	91.477	707	10,1	16.891	598	1,18
Pará	217,8	816.692	267	105,8	577.333	183	1,45
Rondônia	79,9	182.080	439	26,8	92.923	288	1,52
Roraima	48,5	59.806	811	7,7	2.569	2.997	0,27
Tocantins	89,3	212.083	421	34,4	111.044	310	1,36
Norte	731,7	1.789.065	409	262,5	1.045.998	251	1,63
Alagoas	117,9	142.065	830	58,9	388.251	152	5,46
Bahía	471,7	1.347.163	350	270,4	1.475.557	183	1,91
Ceará	272,8	535.209	510	147,1	964.301	152	3,35
Maranhão	165,8	430.731	385	91,3	907.721	100	3,85
Paraíba	139,2	327.043	426	80,1	364.271	220	1,94
Pernambuco	305,5	723.561	422	158,2	787.901	201	2,10
Piauí	105,3	240.717	437	57,4	361.486	159	2,75
R. Grande do Norte	124,5	283.249	439	63,9	260.882	245	1,79
Sergipe	107,9	203.740	530	38,8	168.146	231	2,29
Nordeste	1.810,6	4.233.478	428	966,1	5.678.516	170	2,52
Goiás	221,0	673.072	328	126,3	330.183	382	0,86
Mato Grosso do Sul	92,1	224.596	410	51,7	168.408	307	1,33
Mato Grosso	138,9	311.742	446	69,0	181.852	379	1,18
Centro Oeste (*)	452,0	1.209.410	374	247,0	680.443	363	1,03
Espírito Santo	166,8	372.466	448	80,2	161.499	497	0,90
Minas Gerais	758,8	2.556.432	297	470,3	912.407	515	0,58
Rio de Janeiro	765,9	607.111	1.261	303,8	1.121.890	271	4,65
São Paulo	2.635,5	4.634.560	569	1.119,0	1.075.850	1.040	0,55
Sudeste	4.327,0	8.170.569	530	1.973,3	3.271.646	603	0,88
Paraná	434,5	870.440	499	256,4	780.997	328	1,52
Río Grande do Sul	579,6	934.365	620	306,4	644.045	476	1,30
Santa	269,3	553.911	486	154,4	334.883	461	1,05

Catarina							
Sur	1.283.4	2.358.716	544	717,2	1.759.925	407	1,34

^(*) Con excepción del Distrito Federal que no tiene municipios

Fuente: Ministerio de Educación. Fundef y Censo Escolar (www.inep.gov.br)

Objetivos y estrategias

La política relacionada con la enseñanza primaria tiene por objeto aumentar el acceso de los niños a la educación, mejorar su calidad y reducir las disparidades intra e interestatales.

La principal estrategia para alcanzar los objetivos fue *descentralizar los recursos y acciones en las instancias de los estados* (gobiernos estatales y municipales) mediante la redistribución de los valores totales previstos por el Fundef, los cuales se cristalizaban en un valor por alumno (per cápita) inscrito con base en la matrículas verificada en las escuelas. Ello significaba que en cada estado de la federación, tanto los gobiernos estatales como los municipales pasarían a disponer de un mismo valor por alumno matriculado. En caso de que el valor per cápita del estado fuese inferior al mínimo definido nacionalmente, el gobierno federal complementaría el monto hasta alcanzar ese mínimo. Esta complementación era el único elemento de reducción de la disparidad entre estados y regiones del país, dado que el Fundef no preveía la transferencia de recursos de un estado a otro, algo políticamente inviable.

Con este procedimiento se esperaba: (i) ofrecer un incentivo para que los municipios aumentasen sus matrículas vinculando más niños en la escuela, ya que se incrementaba la transferencia de recursos para el municipio; (ii) mejorar la calidad de la enseñanza y la remuneración de los profesores, principalmente en las regiones que estaban por debajo de la media estatal; (iii) aumentar la independencia de los alcaldes en relación con los gobiernos estatales para construir nuevas escuelas o invertir en la red de enseñanza, en la medida en que se les permite decidir cuál es la red adecuada y las inversiones que consideren necesarias; y (iv) evitar utilizar los recursos de educación para otras finalidades --hecho común en buena parte de los municipios--, con lo que se aumentarían los recursos efectivos para educación como un todo.

Otra estrategia fue *desarrollar más programas de apoyo para la educación primaria* en aras de reforzar la orientación de la nueva política de financiamiento. Con esta intención se crearon y se desarrollaron varios proyectos, programas y actividades: Programa Nacional de Renta Mínima vinculado a la educación (Beca Escuela); Programa Nacional del Libro Didáctico; Parámetros y Directrices Curriculares; Programa Nacional de Salud Escolar; Programa Nacional de Transporte Escolar; Fundescuela; Programa de Aceleración del Aprendizaje; Dinero Directo en la Escuela; Descentralización de la Merienda Escolar; Plan de Desarrollo Escolar; Proyectos de Mejoras de la Escuela y Adecuación del Edificio Escolar; Sistema Informatizado de Administración Escolar; Censo Escolar; Sistema de Evaluación de la Educación Básica; Programa de Formación de Profesores que Alfabetizan y Programa de Formación de Profesores en Ejercicio y TV Escuela.⁴⁴

⁴⁴ Toda la información al respecto se encuentra en el sitio del Ministerio de la Educación (www.mec.gov.br) y algunos de sus resultados se pueden consultar en Ministerio de la Educación (2002a).

Instrumentos

Como ya se dijo, la principal modificación realizada se logró a través de la aprobación de la Enmienda Constitucional N° 14 en 1996 que creó el Fundef.⁴⁵ De acuerdo con esta enmienda, del 25% de la recaudación de los estados y municipios que debería destinarse a la educación en general, conforme determinación de la Constitución, un mínimo del 60% (o sea, 15% del total de la recaudación) debería asignarse ahora a la educación primaria (a esto se llamó “subvinculación de los recursos”). Además, de este monto de 15%, un mínimo de 60% debería ir a la remuneración de los profesores en ejercicio efectivo.⁴⁶

El Fundef estaba constituido por el 15% de los siguientes impuestos y transferencias: Impuesto de Circulación de Mercancías y Servicios (ICMS); Fondo de Participación de los Municipios (FPM) y Fondos de Exportación. El resto de los recursos que no integraban el fondo, pero de los cuales el 15% era destinado a la educación primaria, provenían de otros gravámenes recaudados en los estados y municipios, el 25% de ello por mandato constitucional. A lo anterior se adicionaba el 100% de la cuota estatal del salario-educación, lo proveniente de la complementación de la Unión con recursos del Tesoro y de la cuota federal del salario-educación. Las estimaciones de Negri sobre estos valores para el año 1995 se registran en el Cuadro 20.

Según los cálculos preliminares, del total de los impuestos destinados al rubro educación de los estados y municipios (R\$18,8 billones, Cuadro 16), entre R\$5,6 y R\$7,0 billones iban a educación primaria, esto es, un gasto entre R\$200 y R\$250/alumno por año. Con la propuesta del Fundef, se estimaba que en 1995 el 60% de estos impuestos iba a aumentar ese total asignado a la primaria a R\$11,3 billones, lo cual garantizaba un gasto de R\$395/alumno por año. Si a estos recursos se sumaban los R\$1,6 billones que representaban el 100% de la cuota estatal del salario-educación, el total ascendería a R\$ 12,9 billones y el valor por alumno alcanzaría R\$ 450/año.⁴⁷ Si a ello se agregaba además la suma de R\$0,8 billones de la cuota federal y R\$0,5 billones de los recursos del Tesoro Nacional (para complementar los valores mínimos per capita), se llegaría a un valor total de R\$14,2 billones y a un gasto de R\$495 alumno/año. Esto significa que a raíz de la creación del Fundef, el valor per cápita se duplicó comparado con el valor más alto asignado antes de su creación (R\$250 alumno/año), motivo suficiente para esperar cambios importantes en los efectos del financiamiento.⁴⁸

⁴⁵ Enmienda Constitucional N° 14 del 12 de septiembre de 1996.

⁴⁶ Entre otros motivos, ese mínimo era compatible con la legislación nacional que fija un límite de gastos de personal del Poder Ejecutivo en función de los recaudos de las diversas esferas de gobierno, según la Ley Complementaria N° 82 del 27 de marzo de 1995, incorporada posteriormente por la Ley Complementaria N° 96 del 31 de mayo de 1996 y por la Ley de Responsabilidad Fiscal ya mencionada.

⁴⁷ La cuota estatal del salario-educación no va al nuevo fondo pero se debe destinar íntegramente a la enseñanza primaria (véase la Nota 43)

⁴⁸ El remanente, a saber, R\$7,5 billones (40% del total), o un valor por alumno de R\$ 848/año, sería destinado a otros niveles de enseñanza financiados por los estados y municipios.

Cuadro 20. Recursos disponibles del Fundef para la educación primaria, 1995

Fuente de recursos	R\$ billones	Participación %
1. Recursos del Fondo	9.650	67,9
Impuestos estatales	6.645	
Impuestos municipales	3.005	
2. Recursos adicionales	1.660	11,7
Impuestos estatales	0.350	
Impuestos municipales	1.310	
3. Salario-Educación	2.376	16,8
Cuota estatal	1.584	
Cuota federal	0.792	
4. Recursos Federales del Tesoro	0.517	3,6
Total	14.203	100,0

Fuente: Negri, 1997.

Como se mencionó anteriormente, la enmienda constitucional también preveía un valor nacional mínimo de R\$300 por alumno, el cual se instauró a través de la Ley N° 9.424 de 1996 que regiría a partir de 1997, correspondiente a cerca de US\$300.⁴⁹ No obstante, la implementación del Fundef sólo se hizo obligatoria a partir de 1998 y entró en vigor en 1999.⁵⁰ En los primeros cinco años (1997 a 2001) desde que se aprobó la enmienda constitucional, los valores debían diferenciarse en función de los costos de los alumnos y definirse de acuerdo con la etapa seriada (grados) y con la naturaleza de la educación que se ofrecía, así: desde 1° a 4° y desde 5° a 8° de los establecimientos de educación especial y de las escuelas rurales.

Dado que los estudios sobre el particular no habían sido concluyentes, según el Ministerio de Educación, el Gobierno Federal solamente fijó esa diferencia en 2002. Por otro lado, sólo se produjo una actualización del valor mínimo por alumno, si bien la legislación se refería al valor por alumno de acuerdo con el ingreso total previsto para el Fondo y la matrícula total del año anterior, más un estimado de la nueva.⁵¹ En el Cuadro

⁴⁹ La Ley N° 9.424 de 1996 reglamentó la enmienda Constitucional N° 14. No existe un documento oficial que justifique el valor de R\$300,00. Según Negri (comunicación personal, 15 de febrero de 2004), los técnicos que participaron de esa decisión y el propio Ministro de Educación asumieron que los US\$ 300/per cápita eran equivalentes a los gastos de otros países que disponían de un buen sistema de enseñanza primaria.

⁵⁰ En 1998 sólo lo implantó el estado de Pará.

⁵¹ Existe hoy en el país una discusión jurídica en torno a la interpretación de la ley. Si la actualización se hiciera de acuerdo con un valor medio nacional y no con la corrección monetaria del mínimo, daría lugar a una mayor reducción de los desequilibrios regionales en la enseñanza primaria. Sin embargo, esto limitaría los recursos para otros niveles de enseñanza, incluidos el preescolar, medio y superior, donde todavía existen desafíos por abordar.

21 se observa la evolución del valor mínimo y que solamente hubo corrección por los índices de inflación.⁵²

Cuadro 21. Evolución del valor mínimo del Fundef, 1997-2002

Año	Valor mínimo establecido				Índice de inflación IPCA/IBGE
	1° a 4° grado	5° a 8° grado y educ.espec.	1° a 8° grado	Crecimiento anual (%)	
1997	-	-	300,00	-	-
1998	-	-	315,00	5,0	1,65
1999	-	-	315,00	0,0	8,94
2000	333,00	349,65	-	7,9 ^(*)	5,97
2001	363,00	381,15	-	9,0 ^(*)	7,67
2002	418,00	438,90	-	15,1 ^(*)	12,5
Acumulado n para el período				42,1	42,1

^(*) Para fines de cálculo de la variación porcentual se consideró un valor medio resultado de la ponderación del número de alumnos en cada grado

Fuente: Ministerio de Educación, 2003.

Después de establecer los porcentajes mínimos exigidos para la enseñanza primaria se trató de corregir un grave defecto de la legislación vigente relacionado con la definición de ciertos gastos que hasta entonces habían estado sujetos a diversas interpretaciones, por lo cual eran objeto de desvío para otras finalidades. Se utilizó para ello la oportunidad ofrecida por la aprobación de la Ley de Directrices y Bases de la Educación, madurada después de un largo proceso de discusión con la sociedad.⁵³ Además de dejar explícito en esta ley lo que se consideraba gastos para el mantenimiento y desarrollo de la educación, se preparo una lista pormenorizada de aquellos gastos que no debían ser considerados como de educación y que históricamente habían sido punto de desvío indebido por parte de estados y municipios, lo que agravaba la situación del sector.⁵⁴

Otro instrumento importante surgió de la creación, dentro del propio ámbito de la ley que reglamentó el Fundef, un fondo contable --la cuenta Fundef-- en el cual se depositarían los recursos previstos por la legislación y las transferencias que ordena la Constitución y que representan todo el gasto relativo a la educación. La creación de esta cuenta fue imprescindible para evitar que los recursos fuesen registrados en una caja única y se desviarán para otros fines, algo muy común en el sector público. La existencia y el movimiento de esta cuenta atienden simultáneamente las acciones de control social

⁵² Los datos fueron extraídos del documento de un grupo de trabajo constituido por el Ministerio de Educación que también analiza los impedimentos relacionados con el valor mínimo (Ministerio de Educación, 2003). Otro grupo de trabajo del Ministerio de Educación (Grupo de Trabajo sobre el Financiamiento de la Educación, 2001) produjo también un documento donde se discuten otros aspectos e impedimentos en la aplicación de la legislación del Fundef.

⁵³ Ley N° 9.394 del 20 de diciembre de 1996 que establece los principios y la organización del sistema de educación nacional.

⁵⁴ Véanse especialmente los artículos 70 y 71 de la ley.

ejercidas por los Consejos de Acompañamiento y Control Social del Fundef, además de que facilitan la fiscalización del Tribunal de Cuentas y del Ministerio Público.

Otro elemento esencial que no se puede dejar de mencionar cuando se habla del conjunto de las políticas orientadas a garantizar la universalidad de la enseñanza primaria es el Programa Nacional de Renta Mínima vinculado a la educación (Beca Escuela), creado a comienzos de 2001. Beca Escuela garantizaba a las familias cuyo ingreso familiar per cápita estuviera por debajo de un mínimo definido anualmente por acta del Poder Ejecutivo⁵⁵, un pago inicial de R\$15,00 por cada hijo entre los 6 y 15 años de edad matriculado en la escuela pública cuya asistencia escolar fuera equivalente o superior al 85%.

Resultados

El resultado más evidente e inmediato desde que se creara el Fundef ha sido la redistribución de los recursos entre los gobiernos estatales y sus respectivos municipios. Esto ha disminuido los desequilibrios intraestatales y las distorsiones en el valor por alumno entre los municipios de cada estado. También hubo una redistribución de matrículas entre las escuelas que eran responsabilidad de los gobiernos estatales y municipales. Las cifras se registran en el Cuadro 22, a partir del cual es posible hacer las siguientes observaciones:

- De hecho hubo un incentivo para que los municipios asumieran una mayor participación en la matrícula de la educación primaria, como puede observarse entre 1997 y 2001: la participación en la matrícula de los estados cayó del 59,3% al 48,3% y la de los municipios aumentó del 40,7% al 51,7%.
- El efecto inmediato del aumento del valor por alumno en los municipios fue muy importante en la región del nordeste (88,9%) y en la región norte (46,1%). Entre tanto, otros estados como Paraná en la región sur exhibían una variación importante (27,4%), al tiempo que el estado de Río de Janeiro en la región sudeste mostraba una variación muy elevada (129,3%).
- En los estados donde la municipalización era baja se produjo el movimiento inverso: los municipios transfirieron recursos hacia los gobiernos estatales, tal y como muestran las variaciones negativas de la columna de aumento del valor/alumno en Roraima, Goiás, Espírito Santo, Minas Gerais y São Paulo.
- La variación real del valor/alumno entre 1998 y 2001 en los municipios captó los efectos posteriores de la nueva política y confirmó los aumentos iniciales, mostrando variaciones ascendentes o descendentes que hicieron aumentar las ganancias de los municipios del 22,9% al 31,5% en promedio entre 1998 y 2001.
- Se puede notar que los estados más ricos de la federación (en su orden, sudeste, sur y centro oeste), que en 1998 habían perdido recursos, en 2001 ya presentaban ganancias (como Goiás y Espírito Santo) o habían disminuido sus pérdidas (Minas Gerais y São Paulo).

⁵⁵ Ley N°10.219 del 11 de abril de 2001.

Cuadro 22. Variación del valor por alumno en los municipios, 1998-2001

UF Región	1997		1998			2001			Variación real del valor/alumno con Fundef 2001/1998 (%) (c/a) (**)
	Matrículas (%)		Valor/alumno en los municipios (R\$)		Aumento del valor/alumno (%) (b/a)	Matrículas (%)		Valor/alu mno con Fundef (R\$) (c)	
	Est.	Mun.	Sin Fundef (a)	Con Fundef (b)		Est.	Mun.		
Acre	67,3	32,7	304	607	99,7	64,8	35,2	812	118,3
Amazonas	62,6	37,4	319	425	33,2	53,0	47,0	506	29,7
Amapá	84,4	15,6	595	690	16,0	80,5	19,5	895	22,9
Pará	58,6	41,4	184	315	71,2	29,4	70,6	372	65,3
Rondônia	66,2	33,8	289	388	34,3	56,0	44,0	550	55,6
Roraima	95,9	4,1	2,986	901	(69,8)	91,8	8,2	1,050	(71,3)
Tocantins	65,6	34,4	309	383	23,9	61,6	38,4	605	60,0
Norte	63,1	36,9	251	366	46,1	45,1	54,9	447	45,6
Alagoas	26,8	73,2	151	336	122,5	27,8	72,2	372	101,4
Bahía	47,7	52,3	183	315	72,1	35,9	64,1	372	103,3
Ceará	35,7	64,3	152	315	107,2	26,3	73,7	372	100,0
Maranhão	32,2	67,8	101	315	211,9	26,7	73,3	372	201,1
Paraíba	47,3	52,7	220	325	47,7	40,3	59,7	372	38,2
Pernambuco	47,9	52,1	201	315	56,7	41,1	58,9	396	61,0
Piauí	40,0	60,0	159	315	98,1	35,5	64,5	372	91,2
Rio Grande do Norte	52,1	47,9	245	346	41,2	47,0	53,0	569	89,8
Sergipe	54,8	45,2	231	395	71,0	47,7	52,3	541	134,2
Nordeste	42,7	57,3	170	321	88,9	34,7	65,3	388	128,2
Goiás	67,1	32,9	382	346	(9,4)	60,4	39,6	473	1,20
Mato Grosso do Sul	57,1	42,9	306	366	19,6	52,7	47,3	565	50,9
Mato Grosso	63,2	36,8	379	421	11,1	53,7	46,3	606	30,7
Centro Oeste(*)	69,4	30,6	370	371	0,3	56,9	43,1	534	18,0
Espírito Santo	69,8	30,2	496	463	(6,7)	56,1	43,9	764	25,9
Minas Gerais	73,7	26,3	515	354	(31,3)	56,0	44,0	525	(16,7)
Rio de Janeiro	35,1	64,9	270	619	129,3	33,3	66,7	784	137,4
São Paulo	81,2	18,8	1,039	657	(36,8)	70,8	29,2	934	(16,5)
Sudeste	71,4	28,6	602	550	(8,7)	59,1	40,9	751	2,0

Paraná	52,7	47,3	328	418	27,4	50,2	49,8	615	53,3
Santa Catarina	62,3	37,7	460	477	3,7	55,9	44,1	1,093	94,2
Río Grande do Sul	59,2	40,8	475	561	18,1	58,0	42,0	667	14,8
Sur	57,3	42,7	407	482	18,4	54,2	45,8	700	40,6
Brasil	59,3	40,7	335	411	22,9	48,3	51,7	539	31,5

(*) Se excluye el Distrito Federal que no tiene municipios.

(**) Deflactor: IPCA/IBGE

Fuente: Ministerio de Educación, 2002c.

Otro resultado de la política de educación orientada a lograr la universalidad de la enseñanza básica fue el aumento de la matrícula de la educación primaria y el correspondiente incremento de la tasa de escolarización líquida.⁵⁶ De hecho, la matrícula pasó de 30.565.641 alumnos en 1997 a 32.089.803 en 2001, aunque desde entonces viene disminuyendo (31,9 millones en 2002 y 31,1 millones en 2003) como consecuencia de la caída de la tasa de crecimiento vegetativa de la población brasileña. En el Cuadro 23 se puede observar el aumento de la tasa de escolarización. Nótese que en 1994 la tasa de escolarización era del 87,5%, en 1998 de 95,3% y en 2001 de 96,5%. La asociación que existe entre el Fundef y el aumento de la escolarización entre 1994 y 1998 es muy evidente: la matrícula de la educación primaria pública pasó de 30.565.641 en 1997 a 32.409.215 en 1998, lo que equivale a un crecimiento de 6% en apenas un año (casi dos millones de nuevos alumnos), fenómeno que se explica por el hecho de que el Fundef comenzó a pagar en 1999 según la matrícula registrada en el censo de 1998.

Cuadro 23. Tasa de escolarización líquida en educación primaria (%)

Región	Año				
	1991	1994	1998	1999	2001
Norte	75,8	81,5	90,4	93,2	95,3
Nordeste	72,0	77,3	90,0	92,8	95,2
Centro Oeste	90,6	92,0	93,9	95,6	97,1
Sudeste	91,3	94,4	97,4	97,6	97,4
Sur	92,1	93,8	96,2	96,6	97,0
Brasil	83,8	87,5	95,3	95,4	96,5

Fuente: www.inep.gov.br

Por el hecho de haber sido mayor el aumento de la tasa de escolarización en las regiones más pobres (nordeste y norte), el efecto sobre la inclusión social fue significativo. De hecho, cifras más recientes del IBGE relativas a 2002 (Cuadro 24) muestran un aumento

⁵⁶ La tasa de escolarización líquida es la relación entre el total de la matrícula de estudiantes en edad compatible con el grado que están cursando y el total de la población en esa misma franja de edad.

importante de la tasa de escolaridad líquida del 20% más pobre de la población, que pasó del 75% en 1992 al 94,8% en 2002. Cabe señalar que el 40% más pobre de la población alcanzó niveles de escolarización equivalentes a los de los hogares del tercer quintil de ingreso familiar per cápita y muy próximos a las del cuarto quintil.

Cuadro 24. Tasa de escolarización de los niños de 7 y 14 años de edad por quintil de ingreso familiar mensual per cápita (%)

Quintil de ingreso familiar per cápita	AÑO	
	1992	2002
Primero	75	94,8
Segundo	83	96,1
Tercero	87	96,7
Cuarto	93	97,8
Quinto	97	99,2

Fuente: Para el año 1992, Ministerio da Educación, 2002a; para el año 2002, IBGE, 2004.

Otro efecto de la inclusión social fue la tasa de escolarización líquida en la enseñanza primaria, según la raza de las personas. En el Cuadro 25 se observa el cambio ocurrido entre 1992 y 1999. Allí se nota un aumento significativo de la tasa para negros y mulatos, como corolario de la inclusión ya demostrada por el nivel de ingresos. Datos recientes del IBGE indican que en 2002 se registraba un avance aún mayor: la tasa de escolarización para los blancos era de 97,7%, mientras que para mulatos y negros ascendía a 96,2% (IBGE, 2004).

Cuadro 25. Tasa de escolarización por raza

Color	Tasa de escolarización(%)	
	1992	1999
Blanco	91	97
Oriental	98	99
Mulato	82	95
Negro	79	93
Indígena	77	87

Fuente: Ministerio de Educación, 2002a.

Si bien no es posible evaluar directamente las consecuencias del Fundef sobre la calidad de la enseñanza utilizando indicadores como la calificación de los profesores y su remuneración, dado el corto período de implementación de esta iniciativa, se puede concluir que hubo un avance en esa dirección. En el Cuadro 26 se muestran los resultados de una investigación del Ministerio de Educación donde se estima la variación del número de profesores de enseñanza primaria por nivel de

capacitación entre diciembre de 1997 y junio de 2002. Allí se puede observar que hubo una caída sustancial del número de profesores sin calificación media y un aumento en los demás niveles; los del nivel superior tuvieron un crecimiento del 12,3%. Incluso con la rápida expansión del nivel de enseñanza primaria se produjo un aumento en la calificación de los profesores.

Cuadro 26. Nivel de calificación de los profesores de educación primaria en Brasil

Nivel de capacitación	Esfera administrativa	Mes/Año		Variación (%)
		Dic./1997	Junio/2000	
Enseñanza primaria	Municipal	74.422	39.530	(46,9)
	Estatad	8.861	5.475	(38,2)
	Total	83.283	45.005	(46,0)
Nivel medio completo normal	Municipal	325.749	430.860	32,3
	Estatad	307.043	268.989	(12,4)
	Total	632.792	699.849	10,6
Superior con licenciatura completa	Municipal	150.337	189.672	26,2
	Estatad	302.129	318.616	5,5
	Total	452.466	508.288	12,3
Total de profesores	Municipal	607.592	753.423	24,0
	Estatad	709.008	690.410	(2,6)
	Total	1.316.600	1.443.833	9,7

Fuente: Ministerio de Educación, 2002a.

En el Cuadro 27 se registran los resultados de una investigación referente a la remuneración de los docentes para las categorías funcionales en que se inscribe aproximadamente el 85% de los maestros de enseñanza primaria. Los datos muestran que entre diciembre de 1997 y junio de 2000, el aumento real promedio de profesores de nivel medio, modalidad normal, fue de 9,3%, mientras que para los de nivel superior con licenciatura completa el incremento fue de 13,1%. Es significativo el aumento de profesores en las regiones más pobres del país (norte y nordeste), en especial los de nivel medio, modalidad normal, que recibieron aumentos reales de 36,6% y 23,5% respectivamente. También es importante mencionar que el 60% de los profesores de educación primaria de esas dos regiones posee un nivel similar de calificación.

Cuadro 27. Estimado del sueldo medio de los profesores de educación primaria con carga laboral de 40 horas semanales, según nivel de calificación

Valor en reales de diciembre/1997 (*)

Región	Nivel de capacitación					
	Nivel medio Modalidad normal		Variac. %	Nivel superior Licenciatura completa		Variac. %
	Dic./1997	Jun/2000		Dic./1997	Jun/2000	
Norte	425	525	23,5	778	867	11,4
Nordeste	344	470	36,6	560	679	21,2
Centro Oeste	552	597	8,1	880	1.015	15,3
Sureste	867	890	2,6	1.165	1.375	18,0
Sur	634	712	12,3	855	916	7,1
Brasil	578	632	9,3	1.005	1.137	13,1

(*) Deflactor: INPC/IBGE

Fuente: Ministerio de Educación, 2002a.

El Fundef también tuvo impacto sobre el control social. Como se mencionó anteriormente, para recibir los recursos del Fondo se exigía que los municipios crearan los llamados Consejos de Acompañamiento y Control Social. En el Cuadro 28 se observa que el 1998 se habían instalado consejos en el 80,6% de los municipios, mientras que para junio de 2000 la proporción se había elevado al 98%. Desde entonces se han presentado numerosas denuncias sobre el desvío de recursos que el Ministerio Público ha investigado con rigor, en la medida de lo posible. Sin embargo, es necesario diseñar y aplicar herramientas que faciliten el control, seguimiento y fiscalización de los recursos por parte de los miembros de los consejos, dado el abultado volumen de documentos que originan los movimientos de cuenta del Fundef.

Cuadros 28. Municipios con Consejos de Acompañamiento y Control Social del Fundef, 1998-2000

Región	Municipios con consejos implantados (%)	
	1998	Junio de 2000
BRASIL	80,6	98,0
Norte	61,3	99,0
Nordeste	86,8	99,0
Sudeste	74,3	93,0
Sur	79,8	99,0
Centro Oeste	80,7	99,0

Fuente: Semeghini, 2002.

Si se indaga sobre el nivel de la matrícula y el gasto en educación de estados y municipios se puede observar que, de hecho, el gasto aumentó: considerando el valor por alumno a partir de la creación del Fundef en 1998 (R\$397,98), y teniendo en cuenta el aumento de la matrícula del mismo año con relación a 1997 (cerca a 1.843.574 inscritos), se podría estimar que los requerimientos de recursos adicionales en 1999 ascendían a cerca de R\$746 millones. El hecho de que el sistema haya soportado financieramente esa necesidad tiene sus razones. La primera es que los estados --los que más perdieron recursos en ese proceso-- tuvieron una disminución de 833.189 en su matrícula en 1998, lo cual alivió sus pérdidas. La segunda es que los municipios sabían cuantos recursos recibirían y de esta manera podían organizar mejor el sistema de acuerdo con una estructura de costos más baja que la de los estados.⁵⁷ La tercera es que los estados aumentaron la recaudación del impuesto con mayor peso relativo para ellos --el ICMS en alrededor de R\$14 billones entre 1998 y 1999--, lo cual representaba sólo para el Fundef un incremento de recursos del orden de R\$2,1 billones, muy superior a los R\$746 millones adicionales necesarios. La cuarta razón es que entre 2001 y 2003, la matrícula en la enseñanza primaria comenzó a caer (por los motivos ya expuestos), de manera que su aumento líquido disminuyó de 2 millones a 500.000, lo que representó un costo adicional de sólo R\$199 millones (valores de 1998). Finalmente, con la creación de la cuenta Fundef, la cual separaba los recursos para educación primaria de otros gastos del gobierno, se redujeron los desvíos de fondos para otras finalidades.

⁵⁷ En general, los estados tienen una estructura burocratizada, fruto de largos años de administración, supervisión y reglamentación de la educación en su esfera. Asimismo cuentan con una estructura salarial construida alrededor de una legislación que garantizaba varios derechos a los servidores públicos, lo que incluía ventajas progresivas y jubilaciones integrales. También existía una libertad razonable en la utilización de los recursos para la educación contenida en la legislación anterior, lo que aumentaba los costos del sistema estatal.

Desafíos

Como se mencionó anteriormente, en el campo específico de la educación primaria el principal desafío consiste en reducir los desequilibrios regionales, lo cual no puede lograrse sin aumentar los recursos que el Tesoro Federal asigna al presupuesto del Ministerio de Educación. Así que aún se espera un esfuerzo y gastos significativos para mejorar su calidad. Igualmente faltan recursos para atender la totalidad de la demanda para la educación preescolar. Por otro lado, se debe disponer de los fondos necesarios para el inevitable crecimiento de la enseñanza secundaria, como ya se señaló.⁵⁸ Es verdad que la matrícula en la enseñanza primaria vienen cayendo en función de la tasa de crecimiento de la población, lo que permite que se abra espacio, tanto en la infraestructura física como en recursos humanos, para un eventual reordenamiento.

La enseñanza superior hace mucho tiempo que exige avances, especialmente en lo que se refiere al aumento de la contratación de docentes (como mínimo para sustituir a los jubilados) y a la mejora de las remuneraciones. A esto se agrega la presión que la sociedad ejerce para que aumenten los cupos en las instituciones públicas, dado que se está produciendo un crecimiento importante en el número de alumnos que concluyen la enseñanza secundaria y las universidades públicas no han aumentado lo suficiente el número de cupos para satisfacer esa demanda.

Ante este panorama y en una situación de bajo crecimiento económico y severas restricciones fiscales, probablemente habrá competencia por los recursos en el ámbito presupuestario entre la enseñanza preescolar, secundaria y superior. De acuerdo con esto, deberán diseñarse nuevas alternativas de financiación. Queda claro que la tarea será menos ardua en un ambiente de crecimiento económico y de algún alivio fiscal.

CONSIDERACIONES FINALES

La principal diferencia entre las acciones del gobierno central en las áreas de salud y educación es que en la primera, la esfera federal responde por el 53,1% de los recursos, mientras que en la segunda le corresponde una porción muy pequeña, el 22,3%, en relación con el total. La otra diferencia es que los recursos federales de la salud sirven para atender todos los niveles de complejidad del sistema, mientras que los de educación se asignan básicamente al nivel superior.

Este contexto ayuda a explicar la posibilidad de promover una participación más activa para reducir las desigualdades regionales en la salud introduciendo innovaciones en las políticas, en los criterios de asignación de los recursos y en la creación de incentivos que se apliquen en una determinada dirección. En el caso de la educación, mientras no se eleven los recursos para otros niveles de enseñanza distintos a la educación superior, esa posibilidad no existe.

La creación del Fundep perjudicó en un comienzo a la mayoría de los estados pero benefició fuertemente a los municipios. Se hizo una alianza política con estos últimos,

⁵⁸ En el período de cinco años entre 1997 y 2002, la matrícula en la educación media pública aumentó en un 47,7% y sumó 8,7 millones de estudiantes, mientras que el crecimiento en el mismo período de la educación primaria fue de apenas 4,4% y alcanzó una matrícula de 30,5 millones. La relación entre la matrícula enseñanza media / primaria era de 18,5% en 1997 y pasó a ser de 28,5% en 2002.

salvo en los estados de São Paulo y Minas Gerais, que si bien se vieron perjudicados al principio, con el tiempo pudieron recuperar los beneficios.⁵⁹

El resultado fue una mayor equidad intraestatal, complementada por una política de garantía de un valor per cápita mínimo para los estados con el fin de proteger a los más débiles económicamente y a los que tuviesen menor poder de recaudación. En la esfera de la salud se optó por no retirar recursos de los estados y sí aprovechar las brechas dadas por el aumento de recursos nominales y reales para una distribución más equitativa entre las regiones.

Por lo tanto, la política de promoción de una mayor equidad es más evidente en la salud que en la educación. En este último caso, el hecho de universalizar el acceso a la primaria, descentralizar hacia los municipios las decisiones en cuanto la red de enseñanza necesaria y deseada, reducir los desniveles de salarios --aunque fuese parcialmente-- y mejorar la calificación de los profesores también fueron pasos inequívocos hacia una mayor equidad. Tales eran los objetivos y no se puede esperar de una determinada política más de lo que con ella se propone. Evidentemente, si el objetivo de la política en el área educativa fuese disminuir los desequilibrios regionales --tal y como se hizo en el caso de la salud--, se requeriría un mayor volumen de recursos del Tesoro en la esfera federal. A partir de allí se podrían formular criterios para promover una equidad más amplia, emulando las estrategias e instrumentos adoptados en el sector de la salud.

Si bien es necesario reconocer las conquistas, todavía queda un largo camino por recorrer. En salud, aún es necesario examinar las desigualdades dentro de los estados --cosa que en educación ya ha sido corregida parcialmente-- y avanzar en el sentido de la equidad vertical. En educación, además de enfrentar los desequilibrios regionales que fueron conquistados de manera parcial en la salud, habrá que seguir abordando las falencias relacionadas con la calidad de la educación y la remuneración de los docentes, además de obtener los recursos necesarios para avanzar en la educación preescolar, dar respuesta al crecimiento inexorable de la educación secundaria y satisfacer las demandas de la enseñanza superior.

Las experiencias relatadas y analizadas muestran que hay espacio para desarrollar políticas sociales más inclusivas y equitativas, aun ante la existencia de severas restricciones macroeconómicas. Como se vio en el caso de la salud, tal espacio corresponde a una mejor definición de prioridades y una mayor eficiencia en la utilización de recursos (atención básica), mayor racionalidad (reajustes diferenciados de las tablas de procedimientos, política de medicamentos y agencias reguladoras), complementariedad en las decisiones (inversiones) y estabilidad en el financiamiento (enmienda constitucional). En educación, entre tanto, el espacio fue ocupado por una clara definición de prioridades, hacia lo cual convergieron todos los esfuerzos: desde el cambio en la legislación (enmienda constitucional, Ley de Directrices y de Bases, Beca Escuela) hasta la totalidad de proyectos, programas, actividades y acciones proyectados para dar soporte y cumplir los objetivos definidos.

Cabe reiterar que estos desafíos deben ser abordados en ambos sectores, pues todavía quedan varios aspectos que requieren soluciones. Aparentemente, en un momento

⁵⁹ Las pérdidas de los municipios de São Paulo y de Minas Gerais, que fueron de 36,8% y 31,3% respectivamente durante el primer año de implantación del Fundef, cayeron a 16,5% y 16,7% en 2001 (véase el Cuadro 22).

dado se alcanzó el límite de las posibilidades dentro del cuadro de restricciones fiscales existentes, lo cual significa que sólo se podrán hacer avances adicionales si se logra romper las ataduras macroeconómicas que hasta el momento han hecho de la política fiscal – junto con una política monetaria restrictiva que tiene impacto en la deuda pública y por esa vía en el gasto público-- el pilar principal de la política económica del país.

Sin entrar a debatir sus méritos, es innegable que el conjunto de la política social depende de aquella. De la misma manera, si la política económica permitiera algún grado de libertad, ya de por sí haría una contribución importante a los avances en el área social, además de las consecuencias positivas que arroje un mayor crecimiento económico en la recuperación del empleo y los ingresos, aminorando así la presión de la demanda de los servicios sociales de naturaleza pública.

REFERENCIAS

Campos, T. P., M.S. Carvalho y C.C Barcellos. 2002. "Mortalidade infantil no Rio de Janeiro: áreas de risco e trajetória dos pacientes até os serviços de saúde". *Rev Panam Salud Pública*. Washington. v. 8. n. 3. p. 164-171. Septiembre.

Costa, N. do R. y L.F. Pinto. 2002. "Piso de atenção básica: mudanças de estrutura". En B. Negri y A.L. Vianna, editores. *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios*. São Paulo: Sobravime, Cealag. 632p.

Giambiagi F. y A.C.D. de Além. *Finanças públicas: teoria e prática no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus. 476p.

Grupo de Trabalho sobre Financiamento da Educação. "Relatório do Grupo de Trabalho sobre Financiamento da Educação". 2001. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*. v. 82. n.200/201/202. p. 117-136. ene/dic.

Instituto Brasileiro de Geografia y Estadísticas (IBGE). 2004. *Síntese de indicadores sociais 2003*. Rio de Janeiro: IBGE. 398p.

_____. 2002. *Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária 2002*. Rio de Janeiro: IBGE. 300p.

_____. 200a. *Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária 1999*. Rio de Janeiro: IBGE. 106p.

_____. 2000b. *Acesso e utilização de serviços de saúde: 1998*. Rio de Janeiro: IBGE. 96p.

_____. 1999. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios 1998 - Suplemento saúde*. Rio de Janeiro: IBGE.

Kilsztajn, S., M.B. da Camara y M. S. N. do Carmo. 2002. "Gasto privado com saúde por classes de renda". *Revista da Associação Médica Brasileira*. v.48. n.3. p.258-262. jul/sep.2002

Lopreato, F. L. C. 2002. *O colapso das finanças estaduais e a crise da federação*. São Paulo: Editora UNESP. IE-UNICAMP. 269p.

Macinko, J.A. y B. Starfield. 2002. Barbara. "Annotated bibliography on equity in health". *International Journal for Equity in Health*. 1:1. p. 1-20.

Ministerio de Educación. 2003. *Relatório Final do Grupo de Trabalho (Port. n. 71. de 27.01.2003 e n. 212^{de} 14.02.2003)*. Assunto: estudo sobre o valor mínimo do FUNDEF. Brasília: Ministerio de Educación.

- Ministerio de Educación. 2002a. *A educação no Brasil: relatório de gestão 2002*. Brasília: Ministerio de Educación.
- Ministerio de Educación. 2002b. *Política e resultados 1995-2002: a universalização do ensino fundamental no Brasil*. Brasília: Ministerio de Educación.
- Ministerio de Educación. 2002c. *Política e resultados 1995-2002: descentralização e participação*. Brasília: Ministerio de Educación. FUNDEF : relatório sintético 1998-2002. Disponible en: <http://www.mec.gov.br/sef/fundef/pdf/balanco9802.pdf>
- Ministerio de Salud. Secretaría de Atención de Salud. Departamento de Atención Básica. 2003. *Sistema de informação da atenção básica – SIAB: indicadores 2002*. Brasília: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. Departamento de Informática del SUS. 2002a. *Anuário Estatístico da Saúde do Brasil*. Brasília: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. Secretaría de Atención de Salud. 2002b. *Relatório de gestão SAS quadriênio 1998-2001*. Brasília: Ministerio de Salud. 220p.
- Ministerio de Salud. Secretaría de Atención de Salud. 2002c. *Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à saúde no Brasil 1998-2002*. Brasília: Ministerio de Salud. 280p.
- Ministerio de Salud. 2002d Gabinete del Ministro. *Nota técnica projeto guarda-chuva. referência: projeto de estímulo à produção farmacêutica*. Brasília: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. 2000. *Programa Saúde da Família – PSF*. Brasília: Secretaría Ejecutiva. Ministerio de Salud. 36p.
- Ministerio de Salud. “Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)”. Disponible en http://www.siops.datasus.gov.br/despesa_total-saude.htm
- Negri, B. 2002. *A política de saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites*. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministerio de Salud. 52p.
- _____. 1997. *O Fundo de manutenção e desenvolvimento do ensino fundamental e de valorização do magistério*. Série Documental. Textos para discussão n. 3. Brasília: Instituto Nacional de Estudios e Investigaciones Educativas. 20p.
- Porto, S.M. 2002. Justiça social. equidade e necessidade em saúde. En S.F. Piola y S.M. Vianna, editores. *Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde*. 3ª.ed. Brasília: IPEA. cap.V
- Santos, G.F dos. 2002a. “REFORSUS: balanço e perspectivas”. En *Seminario nacional da qualidade da gestão e da assistência hospitalar*. 1º. Brasília. DF.
- _____. 2002b. “Financiamento e investimento na saúde pública de 1995 a 2002”. En B. Negri y A.L. Vianna, editores. *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios*. São Paulo: Sobravime, Cealag. 632p.

Semeghini, U.C. 2002. “FUNDEF: uma revolução silenciosa”. Disponible en <http://www.mec.gov.br/sef/fundef/pdf/revolucao.pdf>

Serra, J. 2000. *Ampliando o possível: a política de saúde do Brasil*. São Paulo: HUCITEC. 200p.

Starfield, B. 2002. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO. Ministério de Salud. 726p.

Bibliografia adicional

Abranches, S. H., W.G. dos Santos, M.A. Coimbra.1987. *Política social e combate à pobreza*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 126p.

Arretche, M.T.S. 2003. Federalismo, relaciones intergubernamentales y reforma del sistema de salud em Brasil. En *Federalismo y políticas de salud: descentralización y relaciones intergubernamentales desde una perspectiva comparada*. Foro de Federaciones. Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal. Ottawa: Imprimerie Gauvin. 293p.

Arretche, M.T.S. 1995. “Emergência e desenvolvimento do *welfare state*: teorias explicativas”. En *Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, n.39. 1^{er} semestre, p.3-40.

Culyer, A. J. y J.P. Newhouse. 2000. *Handbook of health economics*. Amsterdam: Elsevier Science B.V. 1910p.

Ministerio de Salud. Secretaría de Atención de Salud. 2001a. *Assistência de média e alta complexidade no SUS – 1995/2000*. Brasília: Ministerio de Salud. 500p.

Ministerio de Salud. Secretaría de Gestión de Inversiones en Salud. 2001b. *Estimativa de impacto da vinculação constitucional de recurso para a saúde*. Brasília: Ministerio de Salud. 35p.

Monlevade, J. A. 2004. “Financiamento da educação básica pública na década de 90”. *Cadernos do Observatório*. p. 27-44. Disponible en <http://www.acaoeducativa.org/Obs-pt2.pdf>. Acceso: 30 de abril.

_____.2002b. *Política federal de assistência farmacêutica*. Ministério da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministerio de Salud. 42p.

Negri, A.L y A.L.Vianna, editores. 2002. *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios*. São Paulo: Sobravime. Cealag. 632p.

Piola, S.F. y S.M. Vianna. 2002. *Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde*. 3.ed. Brasília: IPEA. 293p.

Wagstaff, A. y E. Van Doorslaer. 2000. Equity in health care finance and delivery. En A. Culyer y J.P. Newhouse. *Handbook of health economics*. Amsterdam: Elsevier Science B.V. Vol. 1B. p. 1803-1862

Williams, A. y R. Cookson. 2000. "Equity in health". En A.Culyer y J.P. Newhouse, *Handbook of health economics*. Amsterdam: Elsevier Science B.V.. 2000. Vol. 1B. p. 1803-1862.

World Bank. 2003. "Brazil municipal education: resources. incentives and results". Volume I: Policy Report. Junio.