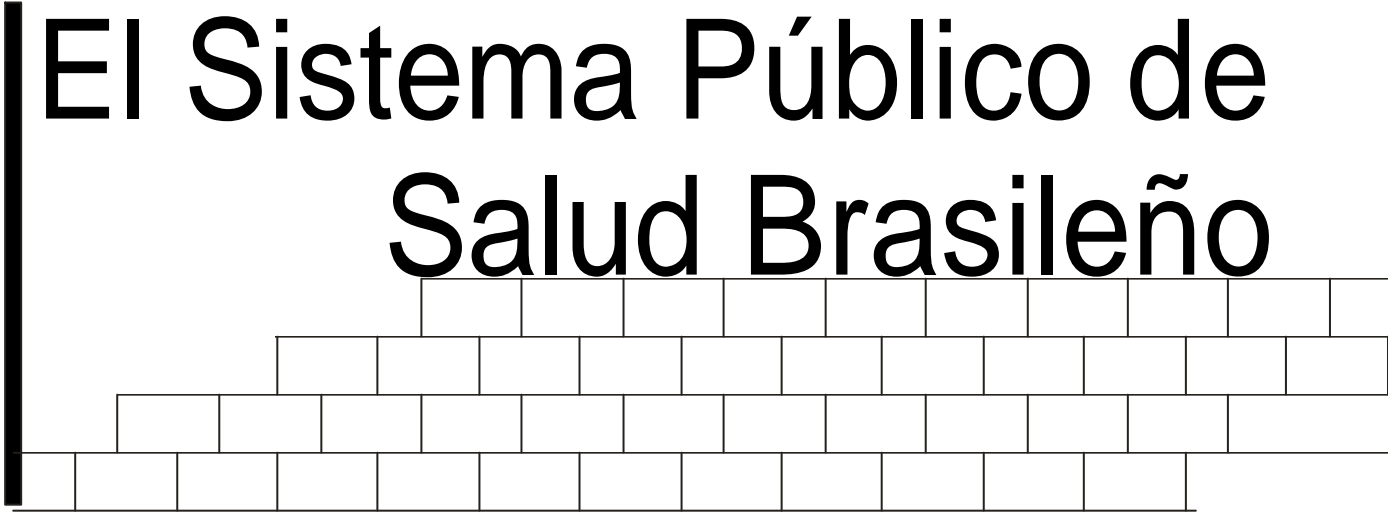


# El Sistema Público de Salud Brasileño



# EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD BRASILEÑO

*Renilson Rehem de Souza  
Secretario de Asistencia de la Salud  
Ministerio de la Salud - Brasil*

---

Seminario Internacional sobre  
Tendencias y Desafíos de los Sistemas de Salud en las Américas  
São Paulo, Brasil  
**11 a 14 de agosto de 2002**

---



## SUMARIO

---

- **Presentación**

- **Primera Parte: Caracterización de Brasil**

El Contexto Social y Demográfico Brasileño

El Federalismo Brasileño y las Políticas de la Salud

- **Segunda Parte: La Historia del Sistema de Salud Brasileño**

Antecedentes del SUS (Sistema Único de Salud)

La Configuración Institucional del SUS

El Proceso de Implantación del SUS

Datos Generales sobre el SUS

Financiamiento

- **Tercera Parte: El Proceso de Implantación del SUS**

Avances y Dificultades del Proceso Reciente de Descentralización

El proceso de negociación, elaboración e implementación de la NOAS-SUS 01/01

Otras acciones importantes en el ámbito de la implantación del SUS

- **Cuarta Parte: Las Funciones Gestoras y las Atribuciones de Cada Nivel de Gobierno en el Sistema Único de Salud**

Funciones Gestoras

El Papel de los Tres Niveles de Gobierno en la Asistencia de acuerdo con la

Legislación del SUS

- **Consideraciones Finales**



## **PRESENTACIÓN**

---

Este texto describe la construcción del sistema público de salud brasileño (SUS), enfocando el proceso de descentralización de recursos y responsabilidades del nivel federal para los niveles subnacionales de gobierno.

La primera parte contempla informaciones geográficas y sociales de Brasil, para poder situar el modelo del sistema de salud brasileño dentro del contexto de un país de dimensiones continentales y con disparidades regionales marcantes. A continuación se describe el modelo federativo brasileño y sus peculiaridades, como la existencia de tres esferas de gobierno con antinomia administrativa y sin vínculo jerárquico y la enorme diversidad entre los entes federativos.

La segunda parte desarrolla la historia del Sistema Único de Salud, desde su origen, cuando la asistencia estaba asociada a la contribución a la seguridad social, restringiendo la cobertura a la población formalmente vinculada al mercado de trabajo, complementado por instituciones públicas o filantrópicas de amparo a los 'indigentes', hasta el momento presente de consolidación de un sistema de acceso universal que abarca la totalidad de la atención a la salud como un derecho de ciudadanía, el Sistema Único de Salud - SUS. Se presentan datos sobre la red de asistencia del SUS, así como sobre la producción de servicios que demuestran la vitalidad del sistema, como el expresivo número de consultas (250 millones) e internaciones hospitalarias (12,5 millones) realizadas en 2001, en todos los ámbitos del complejo asistencial. Asimismo, se presentan informaciones sobre los avances recientes en la equidad del acceso a los servicios de salud.

La tercera parte delinea el proceso de descentralización del SUS enfocando el importante papel de instrumentos normativos pactados entre los tres niveles de gobierno, denominados Normas Operativas del SUS. El establecimiento de comisiones de pacto entre representantes de los gestores de salud, está enfatizado como una innovación institucional de fundamental importancia para la formación de consensos sobre decisiones operativas relacionadas con la gestión del sistema.

Otro punto importante dentro del contexto de la descentralización es el financiamiento del sistema, copiado de la aplicación de recursos propios de municipios, de estados (en España: Autonomías) y de la Unión. Se discuten también las reglas para la capacitación de estados y municipios para realizar la gestión descentralizada del sistema.

Finalmente, se presentan las atribuciones de cada ámbito de gobierno en las diferentes dimensiones operativas y de gestión del SUS.



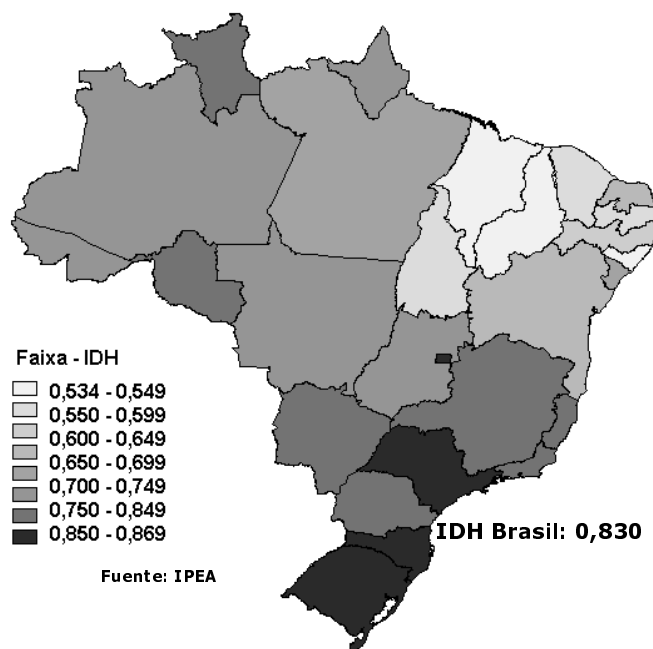




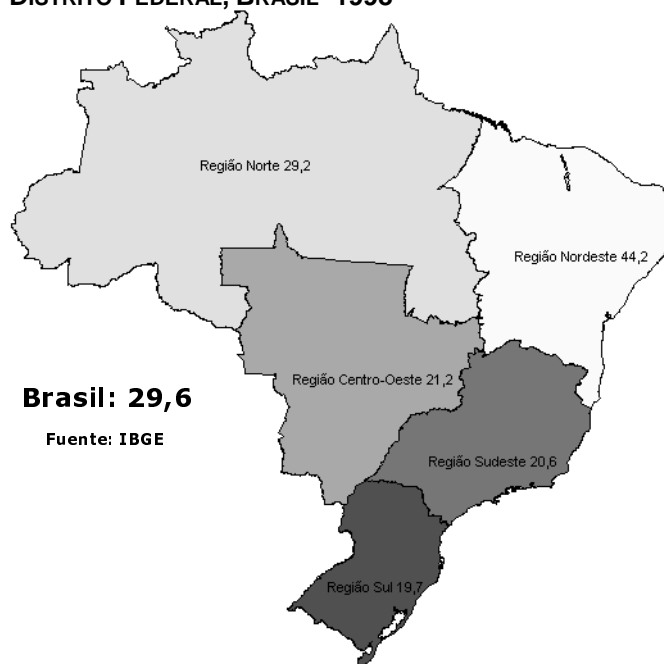
El Índice de Desarrollo Humano (IDH) de Brasil, de 1996, fue de 0,830<sup>1</sup>. La diferencia entre las regiones geográficas es acentuada, variando desde el índice de 0,608 de la región Nordeste hasta el de 0,860 de la región Sur.

La comparación entre los periodos de 1950 y 2000 revela alteraciones significativas para los tres indicadores epidemiológicos típicos: la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) pasó de 135 muertes por 1000 nacidos vivos (NV), para 34 muertes por 1000NV; la Tasa de Mortalidad por enfermedades infectocontagiosas pasó de 37 muertes por cada 1000 habitantes, para 5,3 muertes por cada 100.000 habitantes y la Esperanza de Vida al Nacer pasó de 45,7 años, para 69 años. Existe, entre tanto, variaciones importantes entre las regiones. Tomando por ejemplo la TMI, ninguno de los estados de la región nordeste presenta TMI inferior al promedio nacional, con variaciones entre 45,1 y 68 óbitos por 1000 NV. Una situación opuesta puede observarse en las regiones sur y sudeste, en las cuales todos los estados poseen una TMI inferior al promedio registrado para el país,

**ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO – IDH, POR ESTADO  
BRASIL - 1996**



**COEFICIENTE DE MORTALIDAD INFANTIL POR ESTADO Y  
DISTRITO FEDERAL, BRASIL -1998**



<sup>1</sup> Según la metodología adaptada por el Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Fundação Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística (IBGE) y Fundação João Pinheiro a partir de la metodología original del Programa de las Naciones Unidas para el Desenvolvimento (PNUD). Según la metodología original del PNUD, que compara el desenvolvimiento entre países, el IDH de Brasil ha sido de 0,739 en 1997, siendo colgado en 79º posición en el ranking general.

siendo que Río Grande del Sur, Paraná y San Paulo registran TMI's inferiores a 20 muertes por 1000NV.

Estimamos que el número de pobres en Brasil represente aproximadamente el 30% de la población total, proporción ésta, más elevada en las regiones nordeste y norte y en las zonas rurales (el 39%), caracterizando a la pobreza en los estados más industrializados (región sudeste, principalmente) como crecientemente urbana, o más preponderantemente metropolitana.

Con relación a la distribución de la renta, el 20% de la población brasileña de mejor nivel económico, posee el 63,1% del total de la renta, mientras que el 20% más pobres, dispone del 3,4% de la misma. Dicho diferencial viene sufriendo una reducción en los últimos años en todo el país, ya que en 1993 dichos porcentajes eran respectivamente el 66,4% y el 2,7%. Además, el 15,8% de la población con más de 10 años, no está alfabetizada (el 56,62 de los cuales reside en la región nordeste) y el 54,2% tienen entre 1 y 7 años de estudios (enseñanza básica incompleta).

## **El Federalismo Brasileño y las Políticas de la Salud**

Brasil presenta un sistema político federal constituido por tres esferas de gobierno – Unión, estados y municipios -, todas consideradas por la Constitución de la República de 1988, como entes federativos con autonomía administrativa y sin vínculo jerárquico. Son 26 estados y el Distrito Federal y 5.560 municipios. Estados que van desde el Estado de Roraima con apenas 279 mil habitantes, al de San Paulo, con más de 36 millones de habitantes. Así como hay municipios que tienen poco más de mil habitantes hasta la ciudad de San Paulo que tiene más de 10 millones de habitantes.

El sistema federal sería en principio adecuado para países marcados por la diversidad y la heterogeneidad, ya que favorece el respeto a los valores democráticos en situaciones de acentuada diferencia política, económica, cultural, religiosa o social.

Por otro lado, esta clase de sistema impone una cierta dificultad para la puesta en marcha de las políticas sociales de amplitud nacional, particularmente en los casos en que la diversidad nos muestran la existencia de marcadas desigualdades y exclusión social, como es el caso de Brasil. En este caso, se acentúa la importancia del papel de las políticas sociales de redistribución, de reducción de las desigualdades/iniquidades en el territorio nacional y de inclusión social.

Además de ello, la puesta en marcha de políticas sociales en un sistema federal requiere, por un lado, claridad en las funciones de las diferentes esferas de gobierno para cada área de las políticas y, por otro, la adopción de mecanismos de articulación entre dichas esferas, poniendo énfasis en una lógica de cooperación y complementariedad.

En lo que se refiere a las políticas de salud, debe ser agregado a ello la complejidad inherente a ese campo, relacionado con los siguientes factores: múltiples determinaciones sobre el estado de salud de la población y de los individuos; diversidad de las necesidades de salud en la población; diferentes clases de acciones y servicios necesarios para dar cuenta de dichas necesidades; capacitación de personal y recursos tecnológicos requeridos para atenderlas; intereses y presiones del mercado en el campo de la salud (en el ámbito de la comercialización de equipos, medicinas, producción de servicios, entre otros) que frecuentemente enrigidesen la estructura de un sistema de salud basada en la concepción de la salud como un derecho de ciudadanía

El federalismo brasileño presenta algunas especificidades que merecen realce por sus implicaciones en el campo de la salud. La primera se refiere al gran peso de los municipios, considerados como entes federativos con muchas responsabilidades en la puesta en marcha de políticas públicas. La diversidad de los municipios brasileños – en materia de tamaño, desarrollo político, económico y social, capacidad de recaudación tributaria y capacidad de puesta en marcha de políticas públicas de salud, frente a la complejidad de enfrentar los desafíos mencionados.

Otro aspecto importante es que el federalismo brasileño aún se encuentra de alguna forma, en "construcción", ya que a lo largo de toda la historia pasó por periodos de centralismo autoritario y la redemocratización del país aún es relativamente reciente. Dicho proceso de construcción del federalismo está caracterizado por muchas tensiones y conflictos en la descentralización de las políticas y definición de los papeles de las tres esferas de gobierno en cada área de la política pública. En lo que se refiere a la salud, la agenda política de la década de los noventa estuvo fuertemente marcada por la temática de la descentralización y por los esfuerzos de definición del papel de los gestores en cada ámbito del gobierno.

## **SEGUNDA PARTE: LA HISTORIA DEL SISTEMA DE SALUD BRASILEÑO**

---

### **Antecedentes del SUS**

Antes de la creación del Sistema Único de Salud – SUS, el Ministerio de la Salud (MS), con el apoyo de los estados y municipios, desarrollaba, casi que exclusivamente, acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, con énfasis en las campañas de vacunación y control de endemias. Todas esas acciones se desarrollaban de forma universal, es decir, sin ninguna clase de discriminación con relación a la población a ser beneficiada.

En el campo de la asistencia a la salud el MS actuaba únicamente a través de pocos hospitales especializados en los campos de la psiquiatría y tuberculosis, además de la acción de la Fundación de Servicios Especiales de Salud Pública – FSESP, en algunas regiones específicas, con especial importancia en el interior del norte y nordeste.

Esa acción, también llamada de asistencia médico-hospitalaria, estaba dirigida a la población definida como indigente, por algunos municipios y estados y sobre todo, por instituciones de carácter filantrópico. Dicha población no tenía ningún derecho y la asistencia que recibía era en la condición de favor, de caridad.

La gran actuación del poder público en ese campo se hacía a través del Instituto Nacional de Seguridad Social (INPS) que posteriormente pasó a llamarse Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Seguridad Social – INAMPS, autarquía del Ministerio de Seguridad y Asistencia Social.

El INPS fue el resultado de la fusión de las cajas de jubilación y pensiones (llamadas IAPs) de las diferentes categorías profesionales organizadas existentes (bancos, comercios, industrias, entre otras), que posteriormente se desdobló en el Instituto de Administración de la Seguridad Social (IAPAS), en el Instituto Nacional de Seguridad Social (INPS) y en el Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Seguridad Social (INAMPS). Este último tenía la responsabilidad de dar asistencia a la salud de sus asociados, lo que justificaba la construcción de grandes unidades de atendimento ambulatorio y hospitalario, así como de contratación de servicios privados en los grandes centros urbanos, donde estaba la mayoría de sus beneficiarios.

La asistencia a la salud desarrollada por el INAMPS beneficiaba sólo a los trabajadores de la economía formal, inscritos en nómina, y sus dependientes, es decir, no tenía un carácter universal que es uno de los principios fundamentales del SUS. Así pues, el INAMPS aplicaba en los estados, por medio de sus Superintendencias Regionales, recursos para la asistencia a la salud de forma más o menos proporcional al volumen de recursos recaudados y de los beneficiarios existentes.

Por lo tanto, cuanto más desarrollada la economía del estado, con mayor presencia de las relaciones formales de trabajo, mayor el número de beneficiarios y consecuentemente, mayor necesidad de recursos para garantizar la asistencia a dicha población. Así pues, el INAMPS aplicaba más recursos en los estados de las regiones sur y sudeste, más ricos y en las mencionadas y en otras regiones con igual perfil, así como, mayor proporción en las ciudades de mayor tamaño.

En esa época, los brasileños, con relación a la asistencia a la salud estaban divididos en tres categorías, es decir:

- Los que podían pagar por los servicios
- Los que tenían derecho a la asistencia prestada por el INAMPS, y
- Los que no tenían ningún derecho.

La tabla a continuación muestra, resultado de esa coyuntura, la distribución porcentual de los recursos gastados por el INAMPS en el año 1986, en comparación con la distribución porcentual de la población, según cada región.

Tabla 1  
Desigualdades Regionales en el gasto con la Asistencia Médica en Brasil en 1986

Regiones	Gasto de la región sobre total del País	Población de la Región sobre total del País(%)
Norte	2,27	5,48
Nordeste	18,10	28,82
Sudeste	59,28	43,79
Sur	15,14	15,12
Centro-Oeste	5,02	6,78
Brasil	100,00	100,00

Fuente: INAMPS/Secretaría de Planificación / DIS - 1987

Podemos observar que proporcionalmente la región sudeste, más rica (con el 43,79% de la población y el 59,28% de los recursos), fue la que recibió más recursos; las regiones norte y nordeste, más pobres, recibieron menos.

Dichos recursos se utilizaban para costear las unidades propias del INAMPS (Ambulatorios de Asistencia Médica y Hospitales) y sobre todo, para la compra de servicios de la iniciativa privada.

Con la crisis del financiamiento para la Seguridad Social, que empieza a manifestarse a partir de mediados de la década de los setenta, el INAMPS adopta varias medidas para racionalizar sus gastos y comienza, en la década de los ochenta, a "comprar" servicios del sector público (redes de unidades de las Secretarías de Salud de los Estados y Municipios), inicialmente a través de convenios. La asistencia a la salud prestada por la red pública, mismo con el financiamiento del INAMPS, sólo para sus beneficiarios, preservaba su carácter de universalidad de la clientela.

También en esa época, el INAMPS pasa a dar a los trabajadores rurales, hasta entonces precariamente atendidos por hospitales con convenio con la FUNRURAL, un tratamiento equivalente a aquel prestado a los trabajadores urbanos. Mismo con la crisis que ya debilitaba el INAMPS, esa medida significó una gran mejora de las condiciones de acceso de dicha población a los servicios de salud, sobre todo, en el campo hospitalario.

Al final de la década de los ochenta el INAMPS adopta una serie de medidas que lo aproximan aún más de una cobertura universal de clientela, entre las cuales se destaca el fin de la existencia del Carnet del Asegurado del INAMPS, para el atendimento en los hospitales propios y con convenio, de la red pública. Dicho proceso culminó con la institución del Sistema Unificado y Descentralizado de Salud – SUDS, puesto en marcha a través de la realización de convenios entre el INAMPS y los Gobiernos de los Estados.

Así pues, podemos observar que empieza a construirse en Brasil un sistema de salud con tendencia a la cobertura universal, antes lo mismo de la aprobación de la Ley 8.080, que instituyó el SUS. Por un lado, motivado por la creciente crisis de financiamiento del modelo de asistencia médica de la Seguridad Social y por otro, por la gran movilización política de los trabajadores de la salud, de centros universitarios y de sectores organizados de la sociedad, que constituían lo que en aquel entonces se llamaba "Movimiento de la Reforma Sanitaria", dentro del contexto de la democratización del país.

## **La configuración institucional del SUS**

Una primera y gran conquista del "Movimiento de la Reforma Sanitaria" fue, en 1988, la definición de la Constitución Federal del concepto de salud y del Sistema Público de Salud:

El Art. 196 de la Constitución Federal define que "La salud es derecho de todos y deber del Estado...". Aquí se define de manera clara la universalidad de la cobertura del Sistema Único de Salud.

El Párrafo Único del Art. 198 dice: "El sistema único de salud será financiado, en los términos del Art. 195, con recursos del presupuesto de la seguridad social, de la Unión, de los Estados, del Distrito Federal y de los Municipios, además de otras fuentes". Dicha cuestión es de extrema importancia, ya que, en todo debate sobre el financiamiento del SUS, la énfasis está puesta en la participación de la Unión, como si ésta fuese la única responsable por ello. Uno de los factores determinantes de este entendimiento es, probablemente, el papel del INAMPS en el inicio de SUS, como veremos más adelante.

Un paso importante en la dirección del cumplimiento de esta definición constitucional de construcción del Sistema Único de Salud, fue la publicación del decreto n° 99.060, del 7 de marzo de 1990, que transfirió el Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Seguridad Social (INAMPS) del Ministerio de la Seguridad Social para el Ministerio de la Salud. Por lo tanto, anterior a la promulgación a la Ley 8.080 que sólo sucedió en septiembre del mismo año.

La Ley 8.080 instituye el Sistema Único de Salud, con mando único en cada esfera de gobierno y define al Ministerio de la Salud como gestor en el ámbito nacional. La Ley, en su Capítulo II – De los Principios y Directrices, Art. 7º, establece entre los principios del SUS la "universalidad de acceso a los servicios de salud en todos los niveles de asistencia".

Ello constituye un gran cambio de la situación hasta ahora vigente. Brasil pasa a contar con un Sistema Público de Salud, único y universal.

## **El proceso de implantación del SUS**

Antes de nada, es importante destacar que, como ya describimos anteriormente, el Sistema Único de Salud comenzó a ser implantado por medio de una estrategia que buscó dar un carácter universal a la cobertura de las acciones de la salud, hasta entonces proporcionada por el INAMPS para sus beneficiarios.

Al final de la década de los ochenta, el sector público de asistencia a la salud mantenía una estrecha relación con el INAMPS, que, a partir de 1990, pasa a integrar la estructura del Ministerio de la Salud y que ya venía en los últimos años participando de modo significativo de su financiamiento.

Considerando esta relación y la continuidad de la participación del Ministerio de Seguridad Social en el financiamiento del INAMPS, éste es inicialmente preservado y se constituye en instrumento para garantizar la continuidad, ahora en carácter universal, de la asistencia médico-hospitalaria que debe ser prestada a la población. El INAMPS sólo fue extinguido a través de la Ley nº 8.689, del 27 de julio de 1993, por lo tanto, casi tres años después de la promulgación de la ley que instituyó el SUS.

En el párrafo único de su artículo primero, la ley que extingue el INAMPS establece que: "Las funciones, incumbencias, actividades y atribuciones del INAMPS serán absorbidas por las instancias federales, de los estados y de los municipios gestoras del Sistema Único de Salud, de acuerdo con las respectivas incumbencias, criterios y demás disposiciones de las Leyes nº 8.080, del 19 de septiembre de 1990 y 8.142, del 28 de diciembre de 1990".

Al ser preservado el INAMPS se preservó también su lógica de financiamiento y de distribución de recursos financieros. Así pues, el SUS inicia su actuación en el campo de la asistencia a la salud con carácter universal valiéndose de una institución que había sido creada y organizada para prestar asistencia a una parcela específica de la población.

Una de las consecuencias de esta "preservación" fue el establecimiento de límites físicos y financieros para las Unidades Federadas dentro de la lógica del INAMPS y que garantizaría el mantenimiento de la situación hasta entonces vigente. Es decir, el SUS no adopta una lógica propia para financiar la asistencia a la salud de toda la población, lo que significaría un gran cambio en la distribución de recursos entre los estados. Dicha medida, sin duda, generaría una fuerte reacción política de los estados más desarrollados y que contaban con una mayor proporción de recursos.

La primera distribución de recursos hecha por el Ministerio de la Salud como gestor federal del SUS se basó, fundamentalmente, en la situación construida por el INAMPS, en función de la capacidad instalada de los servicios de salud, construida a lo largo del tiempo para atender a la población acogida a la seguridad social y cargó consigo una inmensa desigualdad en la división de los recursos entre los estados pues, ahora, la asistencia pasaba a tener un carácter universal.



No obstante, el mantenimiento del INAMPS y de su lógica de financiamiento no evitó que, a partir de mayo de 1993, por lo tanto, poco antes de su extinción (el 27 de julio de 1993), el Ministerio de la Seguridad Social dejase de distribuir al Ministerio de la Salud, recursos de la seguridad social creando una enorme discrepancia entre la nueva responsabilidad constitucional y la disponibilidad presupuestaria.

Los años de 1993 y 1994 fueron años de grandes dificultades para el SUS, debido a la falta de una fuente de financiamiento que garantizase los recursos para honrar los compromisos resultantes de las definiciones de la Constitución Federal y de la Ley Orgánica de Salud.

## **Datos Generales sobre el SUS**

El SUS es uno de los mayores sistemas públicos de salud del mundo, siendo el único que garantiza asistencia integral y totalmente gratuita para la totalidad de la población, inclusive a los pacientes portadores del VIH, sintomáticos o no, a los pacientes renales crónicos y a los pacientes con cáncer.

La Red Ambulatoria del SUS está constituida por 56.642 Unidades realizándose un promedio de 350 millones de atendimientos al año. Esta asistencia abarca desde la atención básica hasta los atendimientos en ambulatorios de alta complejidad.

En el año 2001 se realizaron aproximadamente 250 millones de consultas siendo 165 millones en atención básica (consultas de prenatal, puericultura, etc.) y 85 millones de consultas especializadas. Ese mismo año se realizaron 200 millones de exámenes de laboratorio, 6 millones de exámenes de ecografía, 70 millones de atendimientos de alta complejidad, tales como: tomografías, exámenes hemodinámicos, resonancias magnéticas, sesiones de hemodiálisis, de quimioterapia y de radioterapia.

Hay 6.493 hospitales públicos, filantrópicos y privados, con un total de 487.058 camas, donde se realizan en promedio poco más de 1 millón de internaciones por mes, alcanzando un total de 12,5 millones de internaciones al año.

Las internaciones realizadas van de menor complejidad, tales como internaciones de niños con diarrea, hasta las más complejas, como la realización de transplantes de órganos, cirugías cardíacas, entre otras, que incluyen alta tecnología y coste. Este campo, organizado en un Sistema implantado en 1990, denominado SIH / SUS – Sistema de Informaciones Hospitalarias, constituye la mayor casuística hospitalaria existente en el mundo, mantenida por un mismo organismo proveedor. Para dar un ejemplo, se

realizaron el año 2001: 2,4 millones de partos, 72 mil cirugías cardíacas, 420 mil internaciones psiquiátricas, 90 mil atendimientos de politraumatizados en el sistema de urgencias, 7.234 transplantes de órganos, siendo que 2.549 fueron de riñón, 385 de hígado, 104 de corazón, entre otros.

El MS aporta recursos del orden de R\$ 10,5 mil millones al año para costear los atendimientos ambulatorios de media y alta complejidad y hospitalarios, además de R\$ 3 mil millones con la Atención Básica.

En 1995 el SUS realizó 13,2 millones de internaciones hospitalarias y en el año 2001 fueron 12,2 millones, con una reducción del 7,9%. Los gastos, a pesar de la reducción ocurrida en dicho periodo, pasaron de R\$ 3,5 mil millones en 1995 para R\$ 5,1 mil millones en 2001, con un crecimiento del 43,1%.

Sin embargo, hay que destacar que la reducción en el número de internaciones no sucedió en todas las regiones. Mientras en la región sudeste hubo una reducción del 14,8% (más de 800 mil internaciones al año), en la región centro-oeste hubo un crecimiento del 8,2% y en la región norte, un crecimiento del 7,4%. Este crecimiento es consecuencia, con seguridad, de la ampliación del acceso a los servicios hospitalarios como resultado del aumento significativo de recursos financieros distribuidos a los estados de esa región en los últimos años.

La reducción de la frecuencia en las internaciones hospitalarias en las regiones nordeste, sur y sudeste tiene motivos diversos. De una forma general, la evolución de la medicina nos ha llevado a que muchos procedimientos que requerían la internación del paciente pasen a ser realizados en régimen ambulatorio. En la región nordeste específicamente, la reducción se debe, con certeza, a los avances obtenidos con la Atención Básica, particularmente, con la presencia de un gran número de Agentes Comunitarios de Salud y de las inversiones realizadas en saneamiento básico.

## **Financiamiento**

El financiamiento del SUS es una responsabilidad común de los tres niveles de gobierno. Recientemente, en septiembre de 2000, se aprobó la Enmienda Constitucional 29 (EC-29), que determina la vinculación de ingresos de los tres niveles para el sistema.

Los recursos federales, que corresponden a más del 70% del total, progresivamente vienen siendo distribuidos a estados y municipios, a través de transferencias directas del

Fondo Nacional de Salud a los fondos de los estados y municipios, conforme el mecanismo instituido por el decreto 1.232, del 30 de agosto de 1994.

La intensa capacitación de municipios y estados generó un expresivo aumento de las transferencias directas de recursos del Fondo Nacional de Salud para los fondos de los municipios y de los estados, haciendo con que en diciembre de 2001 (Tabla 2), la mayor parte de los recursos de la asistencia ya fuese transferida de esa forma, en contraposición a la predominancia del pago federal directo a los prestadores de servicios..

Tabla 2

Indicadores de la evolución de la descentralización en el SUS

Posición al final de cada ejercicio – 1997/2001

<b>Indicador / Año</b>	<b>Dic/97</b>	<b>Dic/98</b>	<b>Dic/99</b>	<b>Dic/00</b>	<b>Dic/01</b>
N.º de municipios recibiendo recursos fondo a fondo	144	5.049	5.350	5.450	5.516
N.º de estados recibiendo recursos fondo a fondo	-	2	7	8	12
% de la población residente en los municipios que reciben \$ fondo a fondo	17,3%	89,9%	99,26%	99,72%	99,90%
% del total de recursos asistenciales transferido fondo a fondo	24,1%	52,5%	58,1%	63,2%	66,90%

Fuente: Ministerio de la Salud – Datos de Capacitación SAS/SPS (1997/2001)

Además de las transferencias del Fondo Nacional de Salud, los fondos de los estados y de los municipios reciben contribuciones de sus propios presupuestos. Algunos estados promueven transferencias de recursos propios para los fondos municipales de salud, de acuerdo con reglas definidas en el ámbito del estado.

El nivel federal aún es responsable por la mayor parte del financiamiento del SUS, a pesar que la participación de los municipios venga creciendo a lo largo de los últimos diez años y exista la perspectiva que la parte de los recursos de los estados en el financiamiento del sistema aumente significativamente, como consecuencia de la aprobación de la EC-29.

El pago a los prestadores de servicios de salud se hace a través del nivel de gobierno responsable por su gestión. Independientemente del nivel de gobierno que ejecute el pago, el SUS utiliza el mismo sistema de informaciones para los servicios de ambulatorio – el Sistema de Informaciones Ambulatorias (SIA) y otro para los servicios

hospitalarios – el Sistema de Informaciones Hospitalarias (SIH). En el caso específico de las internaciones hospitalarias, no obstante que el pago por los servicios prestados esté descentralizado hacia el nivel de gobierno responsable por su gestión, el proceso de las informaciones relativas a todas las internacionales financiadas por el Sistema Público de Salud se realiza de manera centralizada por el Departamento de Informática del SUS (DATASUS), institución del Ministerio de Sanidad. De la misma forma, todo el Sistema Público utiliza una única Tabla de Precios, definida por el MS, para el pago a los prestadores de servicios.

La tendencia es que los municipios asuman cada vez más la responsabilidad por la relación con los prestadores de servicios, a medida que estén capacitados para las condiciones de gestión descentralizada del sistema. La Norma en vigor (NOAS-SUS 01/01), instituida por el MS (los objetivos y mecanismos de elaboración de estas Normas se detallarán más adelante) define dos condiciones de participación del municipio en la gestión del SUS: (a) Gestión Plena de la Atención Básica Ampliada, a través de la cual el municipio se capacita para recibir un montante definido con base per capita para el funcionamiento de la atención básica y (b) Gestión Plena del Sistema Municipal, a través de la cual el municipio recibe el total de los recursos federales programados para el pago de la asistencia en su territorio. Cabe aclarar que el financiamiento por base per capita no dispensa al gestor de alimentar el sistema de informaciones ambulatorias, cuya producción servirá como insumo para futuras negociaciones de distribución de recursos financieros.

A pesar del incremento de las habilitaciones de los estados y de los municipios y del consecuente aumento del volumen de recursos distribuidos directamente a los fondos de salud subnacionales, un tercio de los recursos federales aún se emplea en pagos directos a prestadores de servicios de salud. Tal situación es consecuencia del proceso de contratación y pago centralizado que estuvo en vigor durante el periodo del INAMPS, que antecedió a la puesta en marcha del SUS y, de cierta manera, aún no fue plenamente substituido por el proceso de descentralización, debido al carácter no obligatorio y progresivo de este último.

Hasta el año 1997, no había subdivisión de los recursos transferidos para estados y municipios, que comenzó a ocurrir a partir de marzo de 1998 con la edición de la Orden Ministerial nº 2.121/GM con la implantación del Techo de la Atención Básica (TAB) y la separación de los recursos para el financiamiento de la Atención básica y para el financiamiento de la Asistencia de Mediana y Alta Complejidad Ambulatoria.

El TAB de cada municipio se calcula teniendo como base un valor per capita que es transferido de forma automática del Fondo Nacional de Salud para los Fondos Municipales de Salud cambiando la forma anterior de financiamiento por prestación de servicios y pasando para una lógica transferencia de recursos debido al compromiso de los municipios de asumir la responsabilidad sanitaria por dicho nivel de atención.

Hay que subrayar que mientras los recursos del TAB ya fijado son transferidos teniendo como base el valor per capita, el valor TAB variable depende de la adhesión del municipio a programas prioritarios definidos por el Ministerio de Salud, tales como los Programas de Agentes Comunitarios de Salud, de Salud de la familia y del Combate a las Carencias Nutritivas y a las acciones estratégicas como la Farmacia Básica y las Acciones Básicas de Vigilancia Sanitaria.

El Manual de la Atención Básica, aprobado por la Orden Ministerial GM/MS n° 3.925, del 13 de noviembre de 1998, define la Atención Básica como "el conjunto de acciones, de carácter individual o colectivo, situadas en el primer nivel de atención de los sistemas de salud, dirigidos a la promoción de la salud, al prevención de agravios, el tratamiento y la rehabilitación". Y enfatiza además que "Dichas acciones no se limitan a aquellos procedimientos incluidos en el Grupo de Asistencia Básica de la tabla del SIA/SUS, cuando se implantó el Techo de la Atención Básica. La ampliación de ese concepto se hace necesaria para avanzar en dirección de un sistema de salud centrado en la calidad de vida de la gente y de su medio ambiente".

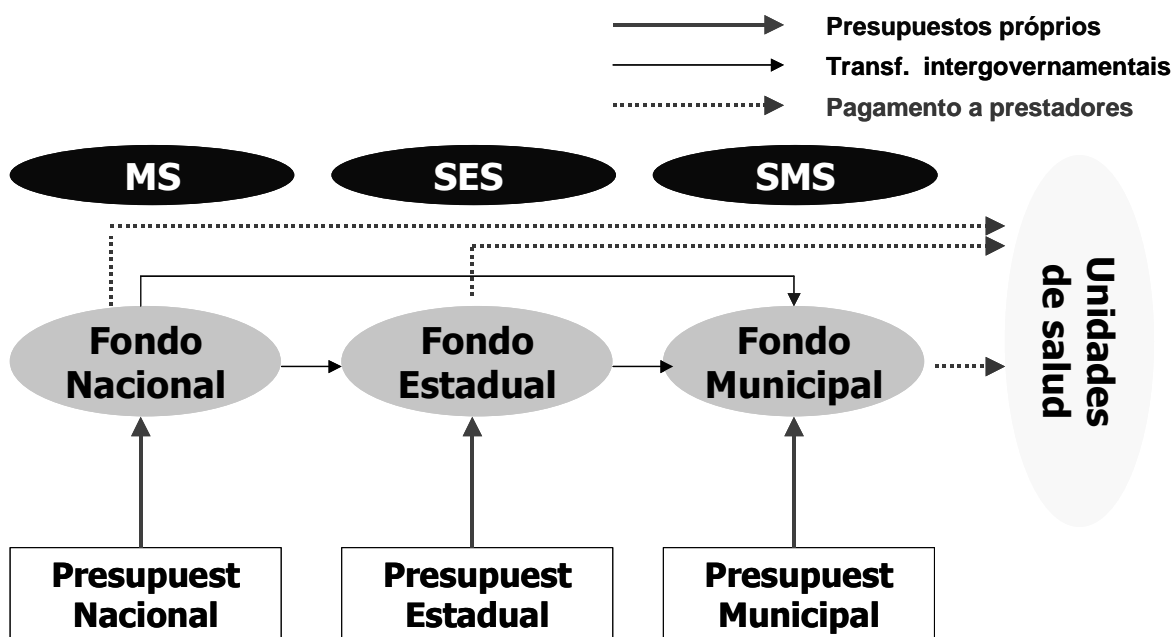
Con la Orden Ministerial GM/MS n° 2.121, el Ministerio de la Salud concretizó el primer y significativo paso para la construcción de un sistema de salud que no se redujese solo a un componente de asistencia médica y también para contribuir con la reducción de las desigualdades regionales en la distribución de los recursos.

A partir de la Orden Ministerial GM N° 1.399, del 15 de diciembre de 1.999, que regula la NOB SUS 01/96 en lo que se refiere a las atribuciones de la Unión, estados, municipios y Distrito Federal, en el campo de la Epidemiología y Control de Enfermedades y define la sistemática de financiamiento, el Ministerio de la Salud, a través de la Fundación Nacional de Salud, comenzó, en el año 2000 a implantar el proceso de descentralización de ese campo.

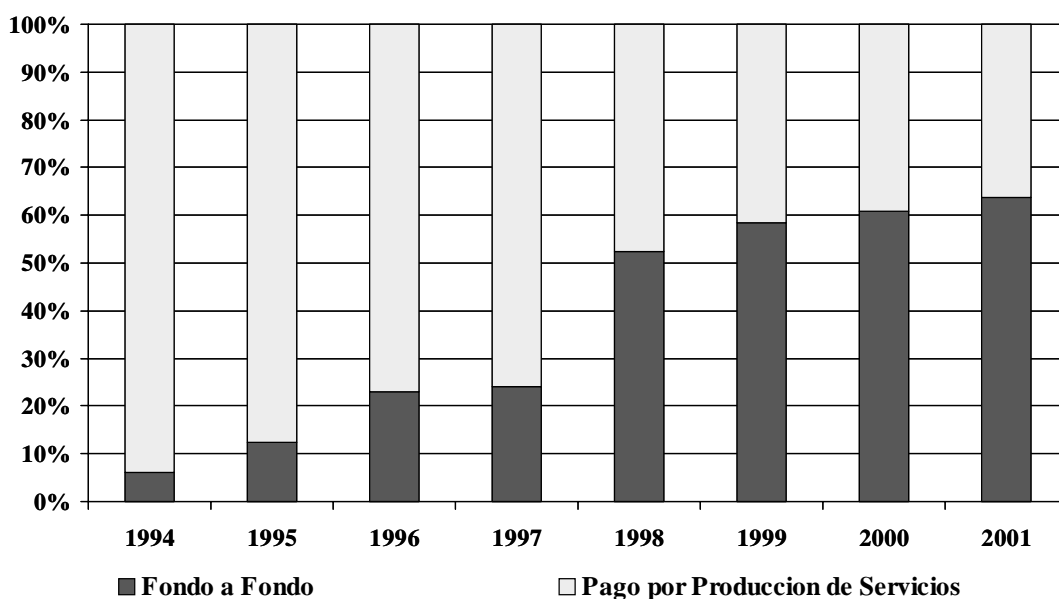
Así pues, a partir de junio de 2001, el volumen de recursos transferidos por el Ministerio de la Salud para los estados y municipios para el desarrollo de acciones y servicios de salud pasó a subdividirse en:

- Recursos para a la Atención Básica (PAB Fijo y PAB Variable)
- Recursos para la Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades
- Recursos para la Asistencia de Mediana Complejidad
- Recursos para la Asistencia de Alta Complejidad

## Flujo de Financiamiento del SUS



### Percentual de Recursos Federales para Costear la Asistencia, Según Forma de Pago Brasil, 1994 a 2001\*



Fuente: SAS/MS -\*Enero a Noviembre/2001



## **TERCERA PARTE: EL PROCESO DE IMPLANTACIÓN DEL SUS**

---

El Sistema Único de Salud viene pasando, desde su instauración a través la Ley Orgánica de 1990, por importantes cambios, entre los cuales podemos resaltar el significativo avance alcanzado con su universalidad, principalmente como consecuencia de un importante proceso de descentralización de responsabilidades, atribuciones y recursos de la esfera federal para estados y municipios, al contrario del modelo anterior del sistema de salud, caracterizado por una marcada centralización decisoria y financiera del ámbito federal.

Dicho proceso ha sido orientado por Normas Operativas del SUS, instituidas por medio de ordenes ministeriales. Estas Normas definen las competencias de cada esfera de gobierno y las condiciones necesarias para que estados y municipios puedan asumir posiciones en el proceso de implantación del SUS.

Las Normas Operativas definen criterios para que estados y municipios voluntariamente se capaciten a recibir contribuciones de recursos del Fondo Nacional de Salud para sus respectivos fondos de salud. La capacitación para las condiciones de gestión definidas en las Normas Operativas está condicionada al cumplimiento de una serie de requisitos y al compromiso de asumir un conjunto de responsabilidades relativas a la gestión del sistema de salud.

A pesar de que el instrumento formal sea una orden Ministerial del Ministro de la Salud, su contenido está definido de forma compartida entre el Ministerio y los representantes del Consejo de Secretarios de los Estados de Salud (CONASS) y del Consejo de Secretarios Municipales de Salud (CONASEMS). Para ello se crearon instancias de negociación, una en el ámbito nacional, la Comisión Inter-gestores Tripartita (CIT – con representación del Ministerio de la Salud, del CONASS y del CONASEMS) y, en cada estado, una Comisión Inter-gestores Bipartita (CIB), con representación de la Secretaria Estadual de la Salud y del Consejo Estadual de Secretarios Municipales de Salud – COSEMS.

Desde el inicio del proceso de implantación del SUS se publicaron tres Normas Operativas Básicas (NOB SUS 1991, NOB SUS 1993 y NOB SUS 1996). En el año 2001 se publicó la Norma Operativa de Asistencia a la Salud (NOAS-SUS) actualmente en vigor. Los fundamentos jurídicos y normativos de la descentralización del SUS están sistematizados en la figura a continuación.



## **LA Descentralización en el Sistema de Salud Brasileño**

### **Fundamentos jurídicos y normativos:**

- ✓ Constitución Federal de 1988
- ✓ Ley Orgánica de la Salud nº 08080/90
- ✓ Ley nº 8.142/90
- ✓ Normas Operativas Básicas – NOB – publicadas en 1991, 1993 y 1996
- ✓ Enmienda Constitucional nº 29/2000
- ✓ Norma de Operación de la Asistencia a la Salud – NOAS – publicada en 2001

Una de las dimensiones importantes de ese proceso se refiere a la tentativa de definición del papel de cada esfera de gobierno en el SUS, que se da con intensos debates y conflictos, teniendo en cuenta el carácter aún reciente del proceso de democratización en Brasil, la marcada heterogeneidad política, económica y social del país, las características del federalismo brasileño y las intensas transformaciones por las que el Estado brasileño viene pasando en diversas áreas de la política, entre otras cuestiones.

### **Avances y Dificultades del Proceso Reciente de Descentralización**

El periodo de implementación de la NOB SUS 01/96, comprendido entre los años 1998 a 2000 (las capacitaciones en la referida norma en los años 2000 fueron residuales), estuvo marcado por una serie de importantes avances del proceso de descentralización del Sistema Único de Salud. Entre esos avances cabe resaltarse:

#### *1. En el ámbito del financiamiento:*

- a) La implementación del Techo de la Atención Básica para el financiamiento de las acciones de atención básica desarrolladas por los municipios, representando la introducción de una lógica de financiamiento per capita por primera vez en el SUS, lo que es un avance en el sentido de la superación de los mecanismos del pospago;

- b) la adopción de incentivos específicos para las áreas estratégicas y el aumento expresivo de transferencias de recursos del Fondo Nacional de Salud para los Fondos de los estados y de los municipios de Salud;

*2. En el ámbito del modelo asistencial y de la organización de los servicios:*

- a) la expansión de la estrategia de Equipos de Salud de la Familia y de Agentes Comunitarios de Salud;
- b) la puesta en marcha de experiencias innovadoras de atención en el ámbito local y avances, tanto en la organización de la atención básica como en la organización de redes de referencia en varios municipios y estados;

*3. En el ámbito de la gestión:*

- a) millares de municipios fueron capacitados en las condiciones de gestión de la NOB SUS 01/96, integrándose de forma voluntaria y asumiendo responsabilidades en el Sistema Público de Salud;
- b) hubo una intensa transferencia negociada de responsabilidades, atribuciones y recursos del nivel federal para municipios y estados;

Al final del periodo de vigencia de la NOB SUS 01/96, más del 99% de los municipios brasileños estaban capacitados para una de las condiciones de gestión de la referida norma, siendo que el 89% en Gestión Plena de Atención Básica y el 10% en Gestión Plena del Sistema Municipal (Cuadro II). La mayor parte de esas habilitaciones ocurrió aún en 1998, en el primer año de implantación de la NOB/96. Sin embargo, el porcentaje de municipios capacitados en cada una de esas condiciones de gestión es bastante variable entre los estados, sugiriendo la existencia de diferentes ritmos y modelos de descentralización. Cabe recordar que el proceso de capacitación depende de la iniciativa de los gestores subnacionales. Como ya hemos mencionado, los estados y municipios se someten voluntariamente al proceso de capacitación, asumiendo responsabilidades y siendo merecedores de la contribución de recursos y responsabilidades a partir del cumplimiento de los requisitos definidos en las Normas Operativas.

Tabla 3

Capacitación de los municipios brasileños, por estado, en la NOB SUS 01/96  
Situación en diciembre de 2001

Estado	Total		Plena de la Atención Básica		Plena del Sistema Municipal		Total de Pleitos Aprobados	
	Municipios		Municipios	%	Municipios	%	Municipios	%
AC	22		17	77,27	1	4,55	18	81,82
AL	102		87	85,29	15	14,71	102	100,00
AM	62		52	83,87	7	11,29	59	95,16
AP	16		13	81,25	1	6,25	14	87,50
BA	417		394	94,48	19	4,56	413	99,04
CE	184		155	84,24	29	15,76	184	100,00
ES	78		43	55,13	35	44,87	78	100,00
GO	246		231	93,90	15	6,10	246	100,00
MA	217		171	78,80	44	20,28	215	99,08
MG	853		784	91,91	57	6,68	841	98,59
MS	77		67	87,01	9	11,69	76	98,70
MT	139		125	89,93	1	0,72	126	90,65
PA	143		98	68,53	44	30,77	142	99,30
PB	223		215	96,41	8	3,59	223	100,00
PE	185		166	89,73	19	10,27	185	100,00
PI	222		221	99,55	1	0,45	222	100,00
PR	399		386	96,74	13	3,26	399	100,00
RJ	92		71	77,17	21	22,83	92	100,00
RN	167		157	94,01	10	5,99	167	100,00
RO	52		41	78,85	11	21,15	52	100,00
RR	15		14	93,33	1	6,67	15	100,00
RS	497		486	97,79	11	2,21	497	100,00
SC	293		273	93,17	20	6,83	293	100,00
SE	75		73	97,33	2	2,67	75	100,00
SP	645		482	74,73	161	24,96	643	99,69
TO	139		130	93,53	9	6,47	139	100,00
Brasil	5.560		4.952	89,06	564	10,14	5.516	99,21

Fuente: Departamento de Descentralización de la Gestión de la Asistencia – SAS- MS.

Nota: No está incluido el Distrito Federal

Por otro lado, el proceso de capacitación de los estados fue más lento e irregular (Tabla 4). En diciembre de 2001, cinco estados estaban capacitados para la condición de

## Gestión Avanzada del Sistema Estadual y siete estados en la condición de Gestión Plena del Sistema Estadual.

Tabla 4

Capacitación de los estados brasileños y del Distrito Federal para la NOB SUS 01/96  
Situación en diciembre de 2001

Situación de Capacitación	Nº de UFs	% de UFs	Unidades Federales
Gestión Avanzada del Sistema Estadual	5	18,5%	Bahía, Minas Gerais, Paraíba, Rio Grande del Sur* y San Paulo
Gestión Plena del Sistema Estadual	7	25,9%	Alagoas, Ceará, Distrito Federal, Goiás, Pará, Paraná, Santa Catarina
No Capacitados	15	55,6%	Acre, Amazonas, Amapá, Espirito Santo, Maranhão, Mato Grosso*, Mato Grosso del Sur, Pernambuco, Piauí, Río de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rondônia, Roraima, Sergipe e Tocantins
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>	

Fuente: Departamento de Descentralización de la Gestión de Asistencia – SAS – MS.

\*Nota: Los estados de Rio Grande del Sur y de Mato Grosso ya fueron aprobados por la Comisión de Inter-gestores Tripartita para la capacitación en Gestión Plena del Sistema Estadual, pero la capacitación aún no ha sido publicada.

Sin embargo, los propios avances de la descentralización, en ese periodo, levantan nuevas cuestiones críticas para la puesta en marcha del SUS. Al final de la década de los noventa, se acentúa el debate sobre algunos problemas y desafíos hasta entonces no cuestionados:

**a) División de responsabilidades entre estados y municipios:**

Parcela significativa de los pactos de gestión sobre los prestadores de servicios de salud entre estados y municipios se estableció según criterios poco adecuados a la organización funcional del sistema y al comando efectivamente público del sistema, tales como reparto de gestión por naturaleza jurídica de los prestadores de servicios (públicos *versus* privados)

En algunos estados aún hay unidades básicas de salud bajo la gestión estadual y/o conflictos relacionados con la persistencia de hospitales estaduais que no están bajo la gestión de municipios en Gestión Plena del Sistema Municipal.

**b) Proceso de capacitación:**

En muchos casos, la capacitación ocurrió de forma notarial. El proceso de capacitación de los estados no siempre presentó una relación directa con la capacidad efectiva de la Secretaria de Estado de Salud de ejercer todas sus funciones gestoras.

La masiva capacitación de los municipios en Gestión Plena de la Atención Básica representó un avance desde el punto de vista de la responsabilidad de millares de gestores municipales y aumento de la equidad en la distribución de recursos por medio de la implantación del PAB, pero no garantizó la calidad y efectividad de la

atención básica en todos esos municipios, ni fue suficiente para garantizar el acceso de los ciudadanos a los demás niveles de atención.

La capacitación de la Gestión Plena del Sistema Municipal, a su vez, representó un avance para centenas de municipios que pasaron a disponer de una mayor autonomía de gestión; por otro lado, no fue suficiente para garantizar su inserción en el Sistema Estatal de Salud y su papel para la garantía del atendimento a las poblaciones referidas de otros municipios de menor capacidad asistencial.

**c) *Financiamiento del sistema:***

La destinación de los recursos financieros permanecía, en parte, vinculada a la lógica oferta, a la capacidad instalada existente y a las necesidades del ingreso de los prestadores de servicios de salud, lo que mantenía la concentración de recursos en las áreas más desarrolladas y en acciones no siempre compatibles con las necesidades de la población.

En el ámbito de los estados, los criterios adoptados para la distribución de los recursos entre los municipios eran, en general, como explícitos.

**d) *Planificación y organización funcional del sistema:***

A pesar de que muchos estados hayan conducido los procesos de Programación Pactada e Integrada (PPI) con sus municipios, su puesta en marcha fue efectiva en pocos casos, dificultando la integración intermunicipal.

Las limitaciones de la capacidad de planificación y coordinación de las Secretarías de los Estados de Salud aumentaban el riesgo de automatización de los sistemas municipales, de la incorporación tecnológica irracional y de la adopción de barreras de acceso entre municipios.

La práctica de contratación de servicios privados y de construcción de unidades públicas, sin el previo análisis de conformidad del perfil de la oferta existente de las necesidades de la población, dificultaba la estructuración de una red regional y resolutive.

Por otro lado, la expansión de los servicios en las décadas anteriores produjo un conjunto de unidades con oferta desordenada y relaciones frágiles entre los servicios, dificultando la reorientación del modelo de atención y la conformación de redes regionales y resolutive.

**e) *Resolución y acceso a los servicios:***

La configuración del elenco de los procedimientos incluidos en la atención básica (Techo de Atención Básica fijo – PAB fijo) era restringida, presentando una baja capacidad de resolución de los problemas más frecuentes de los usuarios.

Simultáneamente aparecían dificultades de acceso a la asistencia de mediana y alta complejidad, relacionadas a la concentración de esos servicios en pocos municipios o hasta en la inexistencia de determinados servicios de alta complejidad en diversos estados.

El instrumental utilizado para las referencias intermunicipales e inter-estadales ha sido insuficiente para garantizar el acceso, careciendo de mecanismos efectivos de relación entre gestores y entre servicios.

**f) *Acompañamiento y evaluación continua de desempeño:***

En general no existía una evaluación rutinaria y sistemática del desempeño de los organismos gestores y de acompañamiento de la puesta en marcha de las actividades previstas en los Planos de Salud y procesos de programación. El

control y la auditoria de la prestación de servicios por terceros y de la consiguiente facturación presentaban puntos débiles y falta de regularidad.

En síntesis, tanto el Ministerio de Sanidad como la mayor parte de los estados no disponían de diagnósticos claros del funcionamiento de los sistemas de los estados y municipios para el desarrollo adecuado de estrategias de cooperación técnica y decisiones de inversiones.

***g) Proceso de capacitación de las Secretarías Municipales de Salud (SMS) y transferencias fondo a fondo:***

El proceso de capacitación de los municipios alcanzó su ápice, siendo residual el número de municipios que aún no están en una de las condiciones de gestión previstas en la NOB 96.

La tasa de crecimiento del volumen de recursos transferidos fondo a fondo, bastante significativa en el primer año de vigencia de la referida Norma, presentó una desaceleración en el periodo de diciembre de 1998 a diciembre de 2000, mostrando la necesidad de desarrollo de nuevos mecanismos para ampliar la descentralización de los recursos financieros y buscar la superación progresiva del financiamiento a través de la compra de servicios para mecanismos de destinación de recursos entre gestores por la producción de servicios.

Frente a los avances y problemas descritos, aún durante la fase de puesta en marcha de la NOB SUS 01/96, los diversos actores involucrados en el proceso de consolidación del SUS pasaron a discutir las estrategias necesarias para enfrentar los grandes desafíos planteados para las políticas de descentralización en la salud. De dicho proceso resultó la publicación de la Norma Operativa de la Asistencia a la Salud (NOAS SUS 01/01).

## **El proceso de negociación, elaboración y puesta en marcha de la NOAS-SUS 01/01**

A lo largo de todo el año 2000, el Ministerio de Sanidad, a través de la Secretaría de Asistencia de la Salud, en articulación con otras secretarías del Ministerio (Secretaría de Políticas de Salud, Secretaría Ejecutiva), coordinó un intenso proceso de debate y negociación con las representaciones nacionales de los secretarios de los estados (CONASS) y municipales (CONASEMS) de salud, en el ámbito de la Comisión Inter-gestores Tripartita (CIT) y del Consejo Nacional de Salud (CNS), sobre el perfeccionamiento y consolidación del proceso de descentralización en el Sistema Único de Salud.

La publicación de la Norma Operativa de Asistencia de la Salud – NOAS SUS 01/01, en enero de 2001, es el fruto de un largo proceso de negociación. El objetivo general de la mencionada norma es: "Promover mayor equidad en el destino de los recursos y en

el acceso de la población a las acciones y servicios de la salud en todos los niveles de atención".

Para alcanzar dicho objetivo, la NOAS adoptó la regionalización como macro-estrategia fundamental para la mejora del proceso de descentralización, en ese momento específico de la implantación del SUS y propuso tres grupos de estrategias articuladas como una forma de promover la descentralización con equidad en el acceso:

1. Elaboración del Plan Director de Regionalización y Directrices para la organización regionalista de la asistencia, con miras a la conformación de sistemas de atención funcionales y resolutivos en los diversos niveles.
2. Fortalecimiento de las capacidades gestoras del SUS que incluyen un conjunto de estrategias orientadas para consolidar el carácter público de la gestión del sistema, por medio de la instrumentación de los gestores de los estados y de los municipios para el desarrollo de funciones como planificación, programación, regulación, control y evaluación, incluyendo instrumentos de consolidación de compromisos entre gestores.
3. Actualización de los criterios y del proceso de habilitación de estados y municipios a las condiciones de gestión del SUS, con miras a hacerlo coherente con el conjunto de cambios propuestos.

Uno de los puntos más importantes de la NOAS SUS 01/01 se refiere al proceso de elaboración del Plan Director de Regionalización, coordinado por el gestor del estado, con la participación del conjunto de municipios. Dicho Plan debe contener como mínimo:

- a) la división del territorio de los estados en regiones/ micro-regiones de salud, definidas según criterios sanitarios, epidemiológicos, geográficos, sociales, de oferta de servicios y de accesibilidad;
- b) el diagnóstico de los principales problemas de salud y de las prioridades de intervención;
- c) la constitución de módulos asistenciales resolutivos, formados por uno o más municipios que garanticen el primer nivel de la mediana complejidad, con miras a garantizar el apoyo a las acciones de Atención Básica;
- d) los flujos de referencia para todos los niveles de complejidad y los mecanismos de relación intermunicipal
- e) la organización de redes asistenciales específicas;
- f) el Plan Director de Inversiones, que procura llenar las lagunas asistenciales identificadas, de acuerdo con las prioridades de intervención.

En lo que se refiere a la organización de la asistencia, se enfatiza la importancia de cualificar y mejorar la resolución de la atención básica en todos los municipios brasileños, a partir de la identificación de las áreas estratégicas mínimas, relacionadas a problemas de salud de amplitud nacional (salud de la mujer, salud del niño, salud bucal, control de la hipertensión y diabetes, control de la tuberculosis y eliminación de la hanseníase- lepra). De

manera complementaria los gestores de los estados y municipios pueden definir otras áreas estratégicas de conformidad con las especificidades locales.

Además de las acciones mínimas de atención básica que deben ser garantizadas en todos los municipios brasileños, la NOAS SUS 01/01 propone la formación de módulos asistenciales resolutivos formados por uno o más municipios, que garanticen, en el ámbito micro-regional, el acceso ágil y oportuno de todos los ciudadanos a un conjunto de acciones de salud frecuentemente necesarias para atender los problemas más comunes, que no siempre pueden ser ofrecidos en todos los municipios debido a su reducida población. La propuesta de calificación de regiones /micro-regiones en la asistencia a la salud, presentada en la mencionada Norma, se fundamenta, por lo tanto, en la búsqueda de garantía de acceso a acciones resolutivas para más allá de los límites municipales, considerando criterios de calidad y economía de escala.

También con relación a la asistencia de la salud, la NOAS SUS 01/01 establece directrices generales para la organización de las demás acciones de mediana y alta complejidad y preconiza que el plan de regionalismo incluya el mapeamiento de las redes de referencia en áreas estratégicas específicas (embarazos de alto riesgo, urgencia y emergencia, hemoterapia, entre otras).

Esa clase de regionalismo incentivado por la NOAS SUS 01/01, requiere la articulación de los gestores municipales para la negociación y pacto de referencias intermunicipales, bajo la coordinación y regulación de los estados, que debe darse a través de la programación de la capacidad gestora de estados y municipios para ejercer las funciones de regulación, control y evaluación del sistema, en una nueva perspectiva.

Desde el punto de vista del financiamiento, la NOAS SUS 01/01 presupone un aumento del componente de financiamiento federal calculado con base per capita, al proponer una ampliación del Techo de Atención Básica – fijo y que el financiamiento de las acciones del primer nivel de la complejidad ambulatoria mediana pase también a darse con base en un valor per capita nacional. Dicho aspecto es importante por señalar una tendencia de superación de la lógica anterior de financiamiento, fuertemente orientada por oferta preexistente de servicios, a partir de la expansión de los mecanismos de prepago, que requieren un papel más activo de los gestores, en la planificación de la oferta, de acuerdo con las necesidades de la población y prioridades identificadas.

Una vez publicada la NOAS en enero de 2001, a lo largo del año, la Secretaria de Asistencia de la Salud acompañó y apoyó sistemáticamente los procesos de regionalismo en



los estados, considerando las especificidades de cada uno, así como buscó desarrollar estrategias e instrumentos de gestión y de organización de la asistencia de apoyo a los estados y municipios en el proceso de regionalismo.

A lo largo del año 2001 se observó un gran dinamismo en los estados en lo que se refiere a los procesos de articulación entre gestores estatales y municipales, para la elaboración de los planes directores de regionalismo, de inversiones y de la programación pactada e integrada. Todos los estados ya elaboraron bocetos de dichos planes y la mayoría está adoptando medidas significativas de organización de la red de servicios dirigidos a la mejora del acceso.

## **Otras acciones importantes en el ámbito de la implantación del SUS**

### ***1. Vigilancia Sanitaria***

En el área de la Vigilancia Sanitaria un hecho importante ha sido el surgimiento de la ANVISA, creada por la Ley n.º 9.782, de 26 de enero de 1999. La ANVISA es una autarquía bajo régimen especial, o sea, una agencia reguladora caracterizada por su independencia administrativa, estabilidad de sus dirigentes por el período de mandato y autonomía financiera. El nuevo órgano ha incorporado las competencias de la antigua Secretaría de Vigilancia Sanitaria del Ministerio de la Salud, acrecidas de nuevas misiones: coordinación del Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria (SNVS), del Programa Nacional de la Sangre y Hemoderivados y del Programa Nacional de Prevención y Control de las Infecciones Hospitalarias; monitoramiento de los precios de medicamentos y de productos para la salud; atribuciones relativas a la reglamentación, control y fiscalización de la producción de fumígenos; soporte técnico en la concesión de patentes por el Instituto Nacional de Propiedad Industrial (INPI) y control de la propaganda de productos sometidos al régimen de vigilancia sanitaria.

La finalidad institucional de la Agencia es promover la protección de la salud de la población por intermedio del control sanitario de la producción y de la comercialización de productos y servicios sometidos a la vigilancia sanitaria, incluso de los ambientes, de los procedimientos, de los insumos y de las tecnologías a ellos relacionados. Además de eso, la Agencia ejerce el control de puertos, aeropuertos y fronteras y la interlocución junto al Ministerio de las Relaciones Exteriores y instituciones extranjeras para tratar de asuntos internacionales en la área de la vigilancia sanitaria.

## ***2. Salud de las poblaciones indígenas***

En agosto de 1999, el Ministerio de la Salud, por intermedio de la Fundación Nacional de Salud (FUNASA), asumió la responsabilidad de proveer atención integral a la salud de los pueblos indígenas, articulado con el Sistema Único de Salud - SUS.

Hasta aquella fecha la asistencia a la salud de ese segmento de la población estaba debajo de la responsabilidad de la Fundación Nacional del Indio (FUNAI), que la ofrecía de manera desarticulada con el sistema de salud nacional. Inexistía, hasta entonces, una Política Sectorial en el SUS que atendiera a la diversidad de los pueblos indígenas, lo que comprometía el acceso adecuado de esos a las acciones de salud, imposibilitando el ejercicio de la ciudadanía y la garantía de las directrices establecidas en la Constitución. La urgencia en formular Política de Salud que abarcara las especificidades de los pueblos indígenas se daba por la precariedad general de las condiciones de salud, con tasas de morbilidad y mortalidad muy superiores a de las poblaciones brasileñas en general. La propuesta formulada por el Ministerio de la Salud fue ampliamente discutida con los actores involucrados (Organizaciones y Liderazgos Indígenas, Universidades, ONG, Secretarías Municipales e Estaduales de Salud, etc.) y perfeccionada durante el proceso de construcción del actual política, en más de 16 seminarios con participación de todos los pueblos indígenas. El embasamiento legal, afuera de las disposiciones constitucionales y de las Leyes 8.080 e 8.142, se ocurrió por la Medida Provisoria n.º 1911-08, de 29/07/99 y por la Ley 9.836, de 23/09/99, que establecieran la responsabilidad del Ministerio de la Salud y de la Fundación Nacional de Salud y la definición del Subsistema de Atención a la Salud Indígena. Ese subsistema fue estructurado de manera descentralizada, a partir de la organización de los Distritos Sanitarios Indígenas. La población indígena brasileña estimase en mayor de 350.000 personas, pertenecientes a cerca de 210 pueblos, habladores de 170 idiomas identificados.

## ***3. Regulación de la asistencia suplementaria a la salud***

Creada por la Ley n.º 9.961 de 28 de Enero de 2000, La Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS) es una autarquía bajo régimen especial, vinculada al Ministerio de la Salud. Contribuyendo para el desenvolvimiento de las acciones de Salud en el País, la ANS tiene la misión de promover la defensa del interés público en la asistencia suplementaria a la salud, regulando las operadoras sectoriales, incluso en sus relaciones con los prestadores y consumidores.

La prioridad de la ANS es garantizar los derechos del consumidor, segmento más vulnerable en esta relación, doblemente atingido por la asimetría de informaciones que caracteriza el sector: no tiene dominio sobre el producto a ser consumido, que es técnicamente definido por los prestadores del servicio, y tampoco sobre la relación entre este y las operadoras de quien adquiere los servicios que serán prestados. Afuera de eso, el consumidor no posee instrumentos eficaces para cohibir abusos a sus derechos: tiene baja capacidad de negociación e poca influencia en el control de la calidad de los servicios. La acción reguladora de la ANS es fundamentada en el presupuesto de que el mercado de la asistencia a la salud es imperfecto y no puede ser operado libremente, demandando reglas para garantizar la prevalecia del interés público y, también, para equilibrar la relación entre consumidores, operadoras y prestadores de servicio.

## **CUARTA PARTE: LAS FUNCIONES GESTORAS Y LAS ATRIBUCIONES DE CADA NÍVEL DE GOBIERNO EN EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD**

---

Como ya mencionado anteriormente, el Sistema Único de Salud es por definición constitucional, un sistema público de salud, nacional y de carácter universal, basado en la concepción de la salud como un derecho de ciudadanía, dentro de la noción de unicidad y al mismo tiempo dentro de las directrices organizadoras de: descentralización, con comando único en cada esfera de gobierno; integralidad de atendimento y participación de la comunidad.

La participación de la comunidad se concretiza a través de Conferencias de Salud y de los Consejos de Salud. Las Conferencias de Salud se realizan a cada cuatrienio, con representantes de los diferentes segmentos sociales, con el objetivo de evaluar la situación de la salud y proponer las directrices para la formulación de las políticas de la salud en los niveles correspondientes. Dichas Conferencias se realizan en un proceso ascendente, desde Conferencias Municipales de Salud, pasando por una Conferencia Estadual de Salud en cada estado y culminando con una Conferencia Nacional de Salud.

Los Consejos de Salud, a su vez, son organismos colegiados compuestos por representantes del gobierno, prestadores de servicios, profesionales de la salud y usuarios, estos últimos, detienen el 50% de los miembros de los mencionados Consejos. Dichas instituciones colegiadas tienen un carácter permanente y deliberativo y actúan en la formulación de estrategias y en el control de la ejecución de la política de la salud en la esfera correspondiente. Los Consejos constituyen una red ascendente, con Consejos Municipales de Salud, un Consejo Estadual de Salud en cada Estado y un Consejo Nacional de Salud.

La puesta en marcha del mencionado sistema, particularmente en lo que se refiere al proceso de descentralización y definición del papel de cada esfera de gobierno, está condicionada por lo menos por tres cuestiones generales ya abordadas y debe considerar el enfrentamiento de las mismas: las acentuadas desigualdades existentes en el país; las especificidades de los problemas y desafíos en el área de la salud; las características del federalismo brasileño.

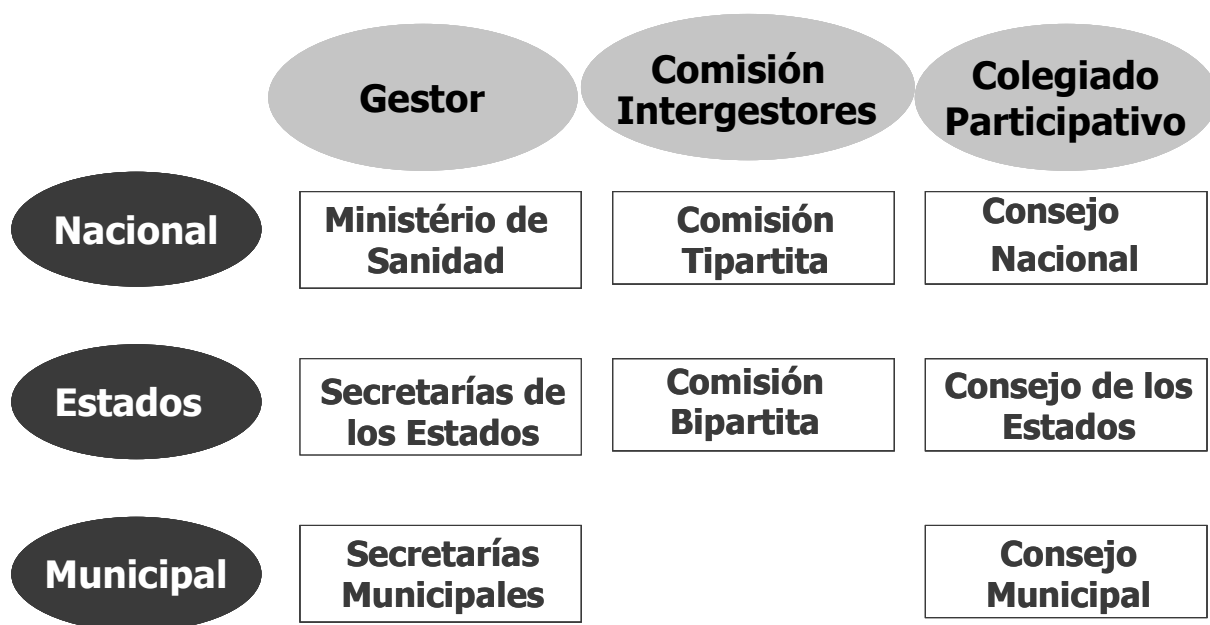
Podemos decir que, de cierta forma, hubo en la implementación de las políticas de salud en los años 90, un esfuerzo para construir un modelo federativo en la salud, sea a través de las tentativas de definición del papel de cada esfera en el sistema, ya sea a través

de la creación de estructuras y mecanismos institucionales específicas de relación entre los gestores del SUS y de estos con la sociedad.

Para que se pueda discutir el papel de cada esfera de gobierno dentro del SUS, es importante intentar conceptuar quiénes son los gestores del SUS en cada nivel y cuáles son las funciones gestoras en el SUS.

Los gestores del SUS son los representantes de cada esfera de gobierno designados para el desarrollo de las funciones del Ejecutivo dentro de la salud, es decir: en el ámbito nacional, el Ministro de la Salud; en el ámbito de los estados, el Secretario de Estado de Salud y en el municipal, el Secretario Municipal de Salud.

## Estructura Institucional y Decisoria del SUS



Dichos gestores deben actuar en dos ámbitos, bastante imbricados: el ámbito político y el ámbito técnico. En el ámbito político, el principal compromiso del gestor del SUS debe ser con la población, a través de la búsqueda de la estipulación de la salud como derecho de ciudadanía, mediante el acompañamiento de los principios del SUS y de la gestión pública, es decir, el ejercicio de la gestión de la salud orientado hacia el interés público y no hacia intereses particulares /privados.

La actuación política del gestor del SUS, orientada gracias a la concepción de la salud como un derecho y por el interés del público, también se identifica con la

permanente interacción y relación con otros actores del juego democrático, tales como: el jefe elegido del ejecutivo respectivo que lo designó (Presidente, Gobernador, Alcalde); otros Ministros /Secretarios (de Hacienda, de Planificación); la Fiscalía; representantes del Poder Legislativo (Diputados Federales o de los Estados, Concejales); del Poder Judicial; prestadores de servicios; servidores públicos del sector salud; profesionales de la salud; ciudadanos usuarios del SUS; representantes de entidades corporativas; representantes de la sociedad en general; gestores del SUS de otros niveles de gobierno y de otras unidades de la federación (estados y municipios). En ese sentido, merecen destaque los consejos nacionales de representación de los gestores de los estados (CONASS) y municipales (CONASEMS), los canales institucionales formales de relación entre esferas de gobierno (comisiones inter-gestores tripartita y bipartita) y los colegiados de participación de la sociedad (consejos de salud permanentes y deliberativos) que integran la estructura decisoria del SUS.

La actuación técnica del gestor del SUS – como ya lo hemos señalado, permanentemente influenciada por variables políticas – se identifica con el ejercicio de las funciones gestoras en la salud. Las funciones gestoras pueden ser definidas como un conjunto articulado de conocimientos y prácticas de gestión necesarios para la implementación de políticas en el campo de la salud, ejercidas de forma coherente con los principios del sistema público de salud y de gestión pública.

Didácticamente, podemos identificar cuatro grandes grupos de funciones o "macro-funciones" gestoras dentro de la salud:

- formulación de políticas/ planificación;
- financiamiento;
- coordinación, regulación, control y evaluación (del sistema /redes y de los prestadores, públicos o privados);
- y prestación directa de servicios de salud.

Cada una de estas macro-funciones incluye, a su vez, en una serie de subfunciones y de atribuciones de los gestores en el campo de la salud. Por ejemplo, dentro de la macro-función de formulación de políticas /planificación están incluidas las actividades de diagnóstico de necesidades de la sanidad, identificación de prioridades y programación de acciones, entre otras.

Definir el papel y las atribuciones de los gestores del SUS en los tres niveles de gobierno, por lo tanto, significa identificar las especificidades de la actuación de cada esfera, en lo que se refiere a cada una de estas macro-funciones gestoras, de forma

coherente, con la finalidad de la actuación del Estado en cada esfera gubernamental, con los principios y objetivos estratégicos de la política de la salud y para cada campo de atención en la salud (promoción de la salud, articulación intersectorial, vigilancia sanitaria, vigilancia epidemiológica, salud del trabajador, asistencia a la salud, entre otros).

La legislación del SUS y diversas normas y ordenes ministeriales complementarias editadas en los años 90 emprendieron esfuerzos para definir y diferenciar el papel de los gestores de la salud en las tres esferas, como trataremos más adelante, específicamente con relación al campo de la asistencia a la salud.

## **El papel de los tres niveles de gobierno en la asistencia, de acuerdo con la legislación del SUS**

La Constitución de 1998, en sus artículos 196 a 200, establece los principios, directrices y atribuciones del Sistema Único de Salud, pero no aborda específicamente el papel de cada esfera de gobierno en el SUS. Mayores detalles de la competencia y de las atribuciones de la dirección del SUS en cada esfera – nacional, estadual y municipal -, está presente en la Ley Orgánica de la Salud – LOS (Ley 8080, del 19 de septiembre de 1990).

La LOS establece en su artículo 15 las atribuciones comunes de las tres esferas de gobierno, de forma bastante genérica y abarcando varios campos de actuación. Los artículos 16 a 19 intentan definir las competencias de cada gestor del SUS y los artículos 20 a 26 también son relevantes al tratar de la participación del sector privado en el SUS. Los apartados de la LOS que abordan las cuestiones sobre el financiamiento y participación social en el SUS, fueron muy perjudicados por numerosos vetos presidenciales, habiendo sido ese problema superado parcialmente por la promulgación de la Ley Complementaria nº 8142, del 28 de diciembre de 1990.

Un análisis general de la Ley 8.080 permite destacar los siguientes puntos con relación a las especificidades de actuación de cada gestor del SUS en la asistencia a la salud:

### ***Observaciones generales:***

- Tiende a haber una mayor especificidad de las competencias del Ministerio de la Salud y de los municipios, que de los estados.
- Existe un mayor énfasis en la descentralización de las acciones y servicios de los municipios; no cabría al Ministerio de la Salud la prestación directa de servicios y

con relación a los estados, la ejecución de las acciones y servicios sería apenas de tipo substitutivo.

- Se destaca el papel del Ministerio de la Salud de dar cooperación técnica a los estados y municipios y de los estados a los municipios.

- **Ministerio de la Salud:**

En general, son atribuciones del Ministerio de la Salud, las actividades estratégicas en el ámbito nacional, ya sea en el campo de la planificación, control, evaluación y auditoria, como en la promoción de la descentralización. Con relación a las redes asistenciales, existe un énfasis en el papel del MS, con relación a la definición y coordinación nacional de tres sistemas: de alta complejidad, de laboratorio de salud pública y de sangre y hemoderivados.

Otro énfasis está en el papel del MS dentro de la regulación del sector privado, abarcando la elaboración de normas para ajustar las relaciones entre el SUS y los servicios privados de asistencia y también el establecimiento de criterios y valores para la remuneración de servicios y de parámetros asistenciales de cobertura, sujetos a la aprobación del Consejo Nacional de Salud. También es atribución de la dirección nacional del SUS, la identificación de los servicios de los estados y municipios de referencia nacional para el establecimiento de modelos técnicos de asistencia a la salud.

De forma más específica, cabe al Ministerio de la Salud:

1. Elaborar la Planificación Nacional en el ámbito del SUS, en cooperación técnica con los Estados, Municipios y Distrito Federal
2. Con relación a regionalizar la asistencia, el MS es responsable por:
  - Definir las normas e instrumentos técnicos de implementación de la NOAS (inclusive los que regulan las relaciones entre el Sistema Único de Salud y los servicios privados contratados de asistencia a la salud)
  - Prestar cooperación financiera a los Estados para la elaboración de los instrumentos de planificación (PDR, PPI, PDI) y para la implementación de sistemas de acompañamiento y control del sistema estadual (regulación)
  - Prestar cooperación técnica y financiera a los Estados, DF y Municipios para el perfeccionamiento de su actuación institucional
  - Administrar el sistema de referencias inter.-estaduales
  - Acompañar, controlar y evaluar las acciones y los servicios de salud, respetadas las competencias estaduais y municipales
3. Definir, regular, coordinar y ofrecer cooperación técnica de forma nacional, para los siguientes sistemas:
  - a) Sistema Nacional de Sangre, Componentes y Derivados
  - b) Sistema de Laboratorios de Salud Pública
  - c) Redes integradas de asistencia de alta complejidad



4. Realizar inversiones dirigidas a la reducción de las desigualdades/ iniquidades en el territorio nacional.

5. Ejercer el papel de gerente y ejecutor de servicios en carácter de excepción y/o provisional, en el caso de unidades complejas de referencia nacional que aún no hayan sido transferidas a estados o municipios.

- **Secretarías de Estado de Salud**

En lo que se refiere a la función de planificación, existe una referencia indirecta al papel de la directiva estadual del SUS, de planificar, programar y organizar la red regional y jerarquizada del SUS, cuando decimos que cabe a los municipios "participar" de este proyecto, "en articulación con su directiva estadual". Con relación al control y evaluación, hay un punto más explícito para el papel del estado de acompañamiento, control y evaluación de las redes jerarquizadas del SUS. Con relación a las redes asistenciales específicas, se destaca el papel del gestor estadual en la coordinación de tres sistemas: de alta complejidad, de laboratorios de salud pública y de hemocentros (sólo en estos últimos dos casos, incluyendo "crear unidades que permanezcan en su organización administrativa"). No existe referencia de atribuciones específicas del gestor estadual con relación a la planificación, control, evaluación, gestión y ejecución general de acciones y servicios, a no ser en carácter substitutivo. También con relación a los servicios privados contratados por el SUS, no hay mención de ninguna atribución específica del gestor estadual, ya sea en la normatización, en la contratación, en el control o en la evaluación.

Con relación al sistema regional de servicios de salud, el Estado es responsable por:

1. Articulación y consolidación del Plan Director de Regionalización, Programación Pactada Integrada y Plan Director de Inversiones
2. Implantación y gestión de regulación en el ámbito estadual y por la gestión de las centrales de regulación
3. Gestión y acompañamiento del sistema de referencias intermunicipales
4. Coordinación de la red pública de alta complejidad
5. Coordinación de las redes estaduais de hemocentros y de laboratorios de salud pública
6. Relaciones con el MS para hacer posible la asistencia de alta complejidad que no esté disponible en el estado

Con relación a las acciones generales de coordinación y regulación del sistema estadual, el gestor de ese nivel de gobierno:

- Realiza acciones de cooperación técnica y financiera con los municipios
- Establece normas, de forma suplementaria, para el control y evaluación de las acciones y servicios de salud.
- Realiza inversiones dirigidas a la reducción de las desigualdades/ iniquidades en los límites de los estados

- Es gerente y ejecutor substitutivo de acciones y servicios de salud, sólo actuando en la prestación directa de servicios públicos de salud, de forma provisional y/o en circunstancias específicas y justificadas.

Además de ello, el gestor estadual participa de la formulación de las políticas de salud nacionales a través de la presencia de representantes estaduais en la CIT.

- ***Secretarías Municipales de Salud:***

En el modelo del SUS se da un fuerte realce al papel de la dirección municipal del SUS, de planificar, organizar, controlar, evaluar las acciones y servicios de la salud, para crear y ejecutar los servicios públicos de salud. Asimismo, con relación a los servicios privados, se enfatiza el papel del gestor municipal en la realización de contratos y convenios (respetando el art. 26º, que trata del establecimiento de criterios, valores y parámetros asistenciales por el gestor nacional), controles, evaluaciones y fiscalización de prestadores privados. Por lo tanto, las diversas competencias de relación directa con prestadores públicos y privados son atribuciones de los gestores municipales del SUS. Con relación a redes asistenciales específicas, se menciona el papel del gestor municipal de "administrar laboratorios públicos de salud" y de "administrar hemocentros".

El gestor del sistema municipal tiene las atribuciones de:

1. analizar las necesidades de servicios
2. realizar la planificación y la programación operativa de los servicios de salud en su territorio (propios, otros públicos y contratados)
3. ejecutar acciones de control y evaluación de los servicios públicos y contratados
4. contratar los servicios privados, con base en lo dispuesto por el Gobierno federal, cuando el sector público sea insuficiente para satisfacer las necesidades de servicios
5. *gerencia y ejecución de los servicios públicos de salud*, para el atendimento a la propia población y para aquella mencionada en el sistema municipal con base en acuerdos específicos definidos en el PDR e PPI.
6. Al ser el nivel más próximo al ciudadano, el nivel municipal es también responsable por las acciones de orientación al usuario sobre el acceso y el uso de los servicios
7. realizar inversiones dirigidas a la reducción de las desigualdades /iniquidades en el territorio municipal
8. Participar de la planificación regional / estadual:
  - contribuyendo con la elaboración del Plan Director de Regionalismo, PPI y Plan de Inversiones;
  - recibiendo informaciones sobre los servicios realizados para la población del propio municipio por otros servicios localizados fuera del territorio municipal, conforme el diseño regional de la red.
9. Participar de la formulación de las políticas de salud estaduais y nacionales a través de la presencia de representantes municipales en la CIB y CIT.

## Funciones Gestoras en el SUS

### 1 – Formulación de Políticas y Planificación

Federal	Estadual	Municipal
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificación de problemas y definición de prioridades en el ámbito nacional</li> <li>✓ Papel estratégico y normativo</li> <li>✓ Mantener la unicidad, respetando la diversidad</li> <li>✓ Búsqueda de la iniquidad</li> <li>✓ Apoyo e incentivo para el fortalecimiento institucional y prácticas innovadoras de gestión estadual y municipal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificación de problemas y definición de prioridades en el ámbito estadual</li> <li>✓ Promoción del regionalismo</li> <li>✓ Estímulo a la programación integrada</li> <li>✓ Apoyo e incentivo al fortalecimiento institucional de las SMS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificación de problemas y definición de prioridades en el ámbito municipal</li> <li>✓ Planificación de acciones y servicios necesarios</li> <li>✓ Organización de la oferta de servicios públicos y</li> <li>✓ Contratación de privados (si necesario)</li> </ul>

### 2 – Financiamiento

Federal	Estadual	Municipal
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Peso importante de los recursos federales</li> <li>✓ Papel re-distributivo</li> <li>✓ Búsqueda de la equidad en la distribución</li> <li>✓ Definición de prioridades nacionales y criterios de distribución</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Definición de prioridades estaduais</li> <li>✓ Garantía de destinación de recursos propios</li> <li>✓ Definición de criterios claros de distribución de recursos federales y estaduais entre áreas de la política y entre municipios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Garantía de aplicación de recursos propios</li> <li>✓ Criterios claros de aplicación de recursos federales, estaduais y municipales</li> </ul>

## Funciones Gestoras en el SUS

### 3 – Coordinación, Regulación y Evaluación

Federal	Estadual	Municipal
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Coordinación y regulación de sistemas estaduais</li> <li>✓ Apoyo a la articulación inter-estadual</li> <li>✓ Normas de orientación cuanto a regulación de sistemas</li> <li>✓ Evaluación del desempeño de los sistemas estaduais</li> <li>✓ Evaluación de los resultados de las políticas nacionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Coordinación y regulación de sistemas municipales</li> <li>✓ Apoyo a la articulación intermunicipal</li> <li>✓ Coordinación de la PPI en el estado</li> <li>✓ Implantación de mecanismos de regulación (centrales)</li> <li>✓ Evaluación del desempeño de los sistemas municipales</li> <li>✓ Evaluación de los resultados de las políticas estaduais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Organización de las puertas de entrada del sistema Establecimiento de flujos de referencia</li> <li>✓ Integración de la red de servicios</li> <li>✓ Articulación con otros municipios para referencias</li> <li>✓ Regulación y evaluación de los prestadores públicos y privados</li> <li>✓ Evaluación de los resultados de las políticas municipales</li> </ul>

### 4 – Prestación Directa de Servicios

Federal	Estadual	Municipal
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ En carácter de excepción</li> <li>✓ En carácter /acciones estratégicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ En carácter de excepción</li> <li>✓ En áreas estratégicas</li> <li>✓ Servicios de referencia estadual /regional</li> <li>✓ En situaciones de carencia de servicios y de omisión del gestor municipal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Peso importante en la ejecución de acciones /prestación directa de servicios</li> <li>✓ Gerencia de unidades de salud</li> <li>✓ Contratación, administración y capacitación de profesionales de salud</li> </ul>

## Consideraciones Finales

El sistema de salud brasileño, cuya estructura jurídico-institucional fue definido por la Constitución Federal de 1988, se encuentra en pleno proceso de consolidación, orientado por la efectiva implementación de sus principios y directrices. La descentralización de recursos y responsabilidades para los estados y, principalmente, para los municipios, se constituye en uno de los más importantes elementos de dicho proceso. Sin embargo, dadas las características del país y de su modelo federativo, se hace imprescindible la articulación entre los diversos niveles de gobierno para garantizar que toda la población tenga acceso al sistema, en todos sus niveles de atención, con calidad, independientemente del lugar de residencia.

La NOB SUS – 01/96, con la intención de definir el papel de cada uno de los gestores en los tres niveles de gobierno e inducir divisiones de responsabilidades que faciliten la organización del SUS, propuso inicialmente que el gestor del sistema municipal fuese el responsable por el control, por la evaluación y por la auditoria de los prestadores de servicios de salud (estatales o privados) situados en su municipio. Con relación a los estados, la NOB SUS – 01/96 definió, como una de sus responsabilidades nucleares, la medición de las relaciones entre los sistemas municipales.

A pesar de que la NOB/SUS 01/96 haya definido dichas responsabilidades de gestión, como consecuencia de la imposibilidad de llegar a un consenso con las representaciones de los Secretarios Estaduales y Municipales de Salud, atribuyó a las Comisiones Inter-gestoras Bipartitas de los estados la prerrogativa de, excepcionalmente, definir otra división de responsabilidades entre estos gestores.

La realización de variados pactos de gestión en los estados brasileños, está identificada, actualmente, como un problema para la organización del SUS. En algunos casos, los pactos son "desorganizados", causando conflictos permanentes entre los gestores estaduales y municipales y llevan al rompimiento del principio de mando único sobre el sistema, en cada nivel de gobierno.

En ese sentido, la mejor definición de las responsabilidades de cada nivel de gobierno, dentro del contexto de la implementación del proceso de regionalizar la salud, es que cada nivel de gobierno desempeñe sus responsabilidades operativas y de gestión de forma armónica y cooperativa. Así pues, será posible avanzar en la superación de los desafíos enfrentados en la construcción del SUS y garantizar a la población brasileña una atención a la salud de calidad.