

El sistema de salud de Brasil: ¿Qué es el SUS?

Jairnilson Silva Paim

COLECCIÓN CUADERNOS DEL ISCO

59. *El quinto: no matar. Contextos explicativos de la violencia en Colombia*
Saúl Franco, 2025
58. *La farmacia, los fármacos y el uso adecuado de los medicamentos en América Latina.*
Núria Homedes, Antonio Ugalde, 2025
57. *Evaluación en salud: De los modelos teóricos a la práctica en la evaluación de programas y sistemas de salud.*
Zulmira María de Araújo Hartz, Lígia Maria Vieira da Silva, 2025
56. *Tecnoburocracia sanitaria: ciencia, ideología y profesionalización en la salud pública.*
Celia Iriart, Laura Nerví, Beatriz Oliver, Mario Testa, 2025
55. *Salud, medicina y clases sociales*
Alberto Vasco Uribe, 2025
54. *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*
Eduardo L. Menéndez, 2025
53. *Historias comparadas de la profesión médica: Argentina y EEUU*
Susana Belmartino, 2024
52. *Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina: ¿Quién será el árbitro?*
Susana Belmartino, 2024
51. *Como se vive se muere: Familia, redes sociales y muerte infantil*
Mario Bronfman, 2024
50. *Meningitis: ¿una enfermedad bajo censura?*
Rita Barradas Barata, 2024
49. *Salud sexual y reproductiva y vulnerabilidad estructural en América Latina: Contribuciones de la antropología médica crítica*
Rubén Muñoz Martínez, Paola María Sesia, 2024
48. *Teoría social y salud*
Florencia Antonio Ferrara, 2024
47. *Historia y sociología de la medicina: selecciones*
Henry E. Sigerist, 2024
46. *Locos y degenerados: Una genealogía de la psiquiatría ampliada*
Sandra Caponi, 2024
45. *Acerca del riesgo: Para comprender la epidemiología*
José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, 2024
44. *Los discursos y los hechos: Pragmatismo capitalista, teoricismos y socialismos distantes*
Eduardo L. Menéndez, 2024
43. *Participación social, ¿para qué?*
Eduardo L. Menéndez, Hugo Spinelli, 2024
42. *Teoría social y salud*
Roberto Castro, 2023
41. *Trabajo, producción de cuidado y subjetividad en salud*
Túlio Batista Franco, Emerson Elías Merhy, 2023
40. *Epidemiología en la pospandemia: De una ciencia tímida a una ciencia emergente*
Naomar de Almeida Filho, 2023
39. *Pensamiento estratégico y lógica de programación: El caso salud*
Mario Testa, 2023
38. *Dispositivos institucionales: Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales*
Gregorio Kaminsky, 2023
37. *De hierro y flexibles: Marcas del Estado empresario y consecuencias de la privatización en la subjetividad obrera*
María Cecilia de Souza Minayo, 2023
36. *El recreo de la infancia: Argumentos para otro comienzo*
Eduardo Bustelo, 2023
35. *La planificación en el laberinto: un viaje hermenéutico*
Rosana Onocko Campos, 2023
34. *Introducción a la epidemiología*
Naomar de Almeida Filho, María Zélia Rouquayrol, 2023
33. *Investigación social: Teoría, método y creatividad*
María Cecilia de Souza Minayo (organizadora), Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes, 2023
32. *Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen*
Patricia Aguirre, 2023
31. *pensar-escribir-pensar. Apuntes para facilitar la escritura académica*
Martín Domecq, 2022
30. *Hospitalismo*
Florescencia Escardó, Eva Giberti, 2022
29. *Natural, racional, social: razón médica y racionalidad científica moderna*
Madel T. Luz, 2022
28. *La enfermedad: Sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo*
Giovanni Berlinguer, 2022
27. *Búsqueda bibliográfica: Cómo repensar las formas de buscar, recopilar y analizar la producción científica escrita*
Viviana Martinovich, 2022
26. *Precariedades del exceso: Información y comunicación en salud colectiva*
Luis David Castiel, Paulo Roberto Vasconcellos-Silva, 2022
25. *La historia de la salud y la enfermedad interpelada: Latinoamérica y España (siglos XIX-XXI)*
Gustavo Vallejo, Marisa Miranda, Adriana Álvarez, Adrián Carbonetti, María Silvia Di Liscia, 2022

“Ver Colección Cuadernos del ISCO
(Continuación)”

El sistema de salud de Brasil: ¿Qué es el SUS?

Jairnilson Silva Paim



Secretaría de Investigación y Posgrado

Paim, Jairnilson Silva

El sistema de salud de Brasil : ¿Qué es el SUS? / Jairnilson Silva Paim. - 1a ed.
- Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2025.
Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo / Spinelli, Hugo; 60)

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-8926-96-4

1. Sistemas de Salud. 2. Políticas Públicas. 3. Brasil. I. Título.
CDD 613

Colección *Cuadernos del ISCo*
Serie *Didáctica*

Dirección científica: *Hugo Spinelli*

Dirección editorial: *Viviana Martinovich*

Edición ejecutiva: *Jorge Arakaki*

Coordinación editorial de esta obra: *Carina Pérez*

Ilustración de tapa e interiores: *Istock, Brasil2*

Digitalización del texto: *Guillermo Eisenacht*

Corrección de estilo: *Carina Pérez*

Diagramación: *Ivana Baldís*

Título original: *O que é o SUS*

Primera edición en portugués: *Fiocruz, 2009*

Primera edición en español: *Lugar Editorial, 2013*

Agradecemos a la editorial Fiocruz por la autorización para la publicación de este libro.

© 2025, Jairnilson Silva Paim

© 2025, EDUNLa Cooperativa

ISBN 978-987-8926-96-4

DOI [10.18294/CI.9789878926964](https://doi.org/10.18294/CI.9789878926964)

EDUNLa Cooperativa

Edificio "José Hernández", 29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada,
Buenos Aires, Argentina. Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5727. edunla@unla.edu.ar

Instituto de Salud Colectiva

Edificio "Leonardo Werthein", 29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada,
Buenos Aires, Argentina. Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5958.

<http://cuadernosdelisco.unla.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0. Las y los autores conservan sus derechos autorales y les permiten a otras personas copiar y distribuir su obra siempre y cuando reconozcan la correspondiente autoría y no se utilice la obra con fines comerciales.

*Este trabajo está dedicado a Vionice Carvalho da Silva, tía Nice,
quien no creía mucho en el SUS*



Jairnilson Silva Paim

Se recibió de médico en 1972, se tituló como magíster en Medicina en 1975 y como doctor en Salud Pública por la Universidade Federal da Bahia (UFBA) en 2007. Fue profesor de la Faculdade de Medicina de la UFBA desde 1974 a 1995 y es profesor emérito y profesor jubilado de Políticas de Salud en

el Instituto de Saúde Coletiva de la UFBA. Es Doctor Honoris Causa de la Universidade Estadual de Feira de Santana y profesor honorario de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana. Publicó numerosos artículos y libros, entre los cuales se destacan *Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI* (Cuadernos del ISCO, 2021); *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica* (Fiocruz - Edufba, 2008); *O que é o SUS* (Fiocruz, 2009); y *SUS - Sistema Único de Saúde* (Atheneu, 2019). Sus trabajos se centran en el área de la salud colectiva, sobre todo en temas como: políticas de salud, planificación en salud, Reforma Sanitaria Brasileña y Sistema Único de Salud. Es investigador I-B del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq), e integra el equipo técnico del Observatorio de Análisis Político en Salud (OAPS). Entre los artículos publicados en la revista científica *Salud Colectiva* se encuentran *Medicina comunitaria: Introducción a un análisis crítico* (2009) y *Reflexiones teóricas sobre sujetos de la praxis y sujetos de la antítesis para la Reforma Sanitaria Brasileña* (2017).

Fue profesor de las primeras cohortes de la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud de la Universidad Nacional de Lanús. En uno de sus tantos viajes a Buenos Aires se organizó un diálogo junto a Mario Testa con la presencia de estudiantes y profesores del posgrado, cuya transcripción fue publicada en la revista *Salud Colectiva* bajo el título *Memoria e historia: diálogo entre Mario Testa y Jairnilson Silva Paim* (2010), en el que abordaron la relación de Mario Testa con los inicios de lo que posteriormente fue el Instituto de Saúde Coletiva de la Universidade Federal de Bahia (ISC-UFBA), su paso por Montes Claros, el proceso del Movimiento Sanitario y la Reforma Sanitaria Brasileña, entre otros tantos temas.

El relato de su historia en primera persona forma parte del acervo oral del Centro de Documentación “Pensar en salud” (CeDoPS), que reúne a referentes de la medicina social, la salud colectiva y la salud pública de América Latina. Entre las entrevistas realizadas a Jairnilson se encuentra *Trayectoria personal y colectiva* [[ver video](#)].

Índice

Presentación a la edición digital en español	1
Capítulo 1. La salud y el Sistema Único de Salud	3
<i>¿Qué es el Sistema Único de Salud?</i>	4
<i>¿Qué es un sistema de salud?</i>	5
<i>Problemas y desafíos de los sistemas de salud en el mundo</i>	7
Capítulo 2. ¿Qué teníamos antes del Sistema Único de Salud?	13
<i>Organización sanitaria de Brasil en la colonia y en el imperio</i>	13
<i>La salud y el poder público a inicios de la República</i>	15
<i>Desarrollo del sistema público de salud</i>	16
<i>Desarrollo del sistema de salud privado</i>	20
<i>La crisis del sistema de salud</i>	22
<i>Antecedentes de la Reforma Sanitaria Brasileña y del Sistema Único de Salud</i>	23
Capítulo 3. La creación y la implementación del Sistema Único de Salud	25
<i>El Sistema Único de Salud en la Constitución</i>	25
<i>El Sistema Único de Salud en las leyes</i>	31
<i>Principios y directrices del Sistema Único de Salud</i>	34
<i>El cumplimiento de los principios y las directrices</i>	36
<i>Gestión participativa</i>	38
<i>La implementación del Sistema Único de Salud</i>	41
<i>Las diversas visiones sobre el Sistema Único de Salud</i>	43
<i>Qué hace el Sistema Único de Salud</i>	47
<i>Situación actual del sistema de servicios de salud en Brasil</i>	54
<i>Problemas del Sistema Único de Salud y la humanización de la atención</i>	57
<i>Gestión y financiamiento del Sistema Único de Salud</i>	59
Capítulo 4. Tendencias del sistema de salud brasileño	67
<i>La visión de los actores sociales</i>	68
<i>La visión de la población</i>	69
<i>Desarrollo del derecho a la salud</i>	73

Capítulo 5. Avances y desafíos del Sistema Único de Salud	81
<i>Avances del Sistema Único de Salud</i>	81
<i>Desafíos del Sistema Único de Salud</i>	83
<i>La Reforma Sanitaria como reforma social</i>	85
<i>Repudiando lo inaceptable</i>	87
<i>La sustentabilidad del Sistema Único de Salud</i>	88
Consideraciones finales	91
Referencias bibliográficas	93
<i>Lecturas sugeridas</i>	94

Presentación a la edición digital en español

Este libro fue escrito originalmente en 2009, por encargo de la editorial de la Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), para una colección titulada *Temas de Salud*, con lenguaje accesible, dirigida a estudiantes, profesionales y público en general. En 2013, el libro fue publicado en español en la colección *Salud Colectiva* de Lugar Editorial; en 2015, la Fiocruz produjo una versión digital en portugués, interactiva y de libre acceso y, en 2024, la versión original impresa alcanzó su décima reimpresión en Brasil.

Como escribí en la presentación inicial, reitero que este libro no se limita a la historia, las disposiciones legales, los problemas identificados y los *impasses* del sistema de salud brasileño. Al centrarse en el Sistema Único de Salud (SUS), el propósito fundamental es recopilar información y argumentos a los que todo ciudadano debería tener acceso para defender su derecho a la salud.

Ahora que la colección *Cuadernos del ISCo* pone a disposición de forma gratuita la versión digital en español, este libro puede ser útil para trabajadores de la salud, dirigentes sindicales y de asociaciones de vecinos, movimientos sociales progresistas, orientadores de salud, técnicos, agentes comunitarios, políticos, abogados, educadores y participantes de organizaciones no gubernamentales que dedican su trabajo y activismo al avance de la salud y a la implementación de sistemas de salud públicos y universales.

Al integrar la Serie Didáctica de esta colección, el libro busca dar un tratamiento amplio al Sistema Único de Salud (SUS) apuntando a un público más general. Además de incluir sugerencias de lecturas, se citan párrafos de documentos oficiales, declaraciones del Centro Brasileño de Estudios de Salud (CEBES) y fragmentos del libro *O SUS de A a Z: garantizando saúde nos municípios*, publicado por el Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud (CONASEMS), diversos informes del Ministerio de Salud de Brasil, entre ellos, la publicación *Entendiendo o SUS* (2006). En esos casos las definiciones sistematizadas ilustran los argumentos expuestos con la ventaja de permitir un lenguaje más directo.



Capítulo 1

La salud y el Sistema Único de Salud

La salud es un tema que ha ocupado el centro de atención de muchas personas, gobiernos, empresas y comunidades. Además de vincularse a un *estado de vida*, es decir, un modo de llevar la vida, la salud conforma un *sector* de la economía donde se producen bienes y servicios.

Los hospitales, los laboratorios, los consultorios, las clínicas, los centros y puestos de salud son establecimientos en los que se prestan *servicios de salud* y se realizan *acciones de salud*. Existen, asimismo, industrias farmacéuticas, de equipos, de vacunas, de material médico-quirúrgico y de medios diagnósticos, empresas que comercializan los denominados *planes de salud*, e instituciones públicas responsables de la gestión, como el Ministerio de Salud y las secretarías estatales y municipales de salud. En consecuencia, parte de estas organizaciones prestan *servicios* de salud y otra parte produce *bienes*, como medicamentos, vacunas y equipos.

La sociedad espera que el *sector salud* cuide a las personas y a las poblaciones, mediante acciones individuales y colectivas. En la medida en que la salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) “como el completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad”, el propósito anhelado es que las personas puedan tener una vida con calidad. Desde esta perspectiva, el saber acumulado por la humanidad —en términos de higiene, producción de conocimientos científicos y tecnológicos— como también la formación de profesionales y de trabajadores para este sector, permiten identificar otra dimensión de la salud, o sea, un *área del saber*. A la par del saber popular sobre la salud, las universidades, las escuelas y los institutos de investigación producen conocimientos, tecnologías e innovaciones, garantizando su transmisión y difusión a través de actividades de enseñanza y de extensión o cooperación técnica.

En síntesis, la salud posee tres dimensiones: *estado vital*, *sector productivo* y *área del saber*. Frente a ellas, el modo por el cual las sociedades identifican los problemas y las necesidades de salud, buscan su explicación y se organizan para enfrentarlos sufre influencias económicas, políticas y culturales.

Así, cada sociedad organiza su sistema de salud de acuerdo con sus creencias y valores, bajo la influencia de determinantes sociales.

En el caso de la sociedad brasileña, en las dos últimas décadas se ha intentado organizar el Sistema Único de Salud (SUS), aunque las ideas en torno de esa propuesta ya tengan más de treinta años. Si bien muchas personas ya han escuchado hablar sobre el SUS, persisten dudas en cuanto a su significado y a su importancia para asegurar la salud de las brasileñas y los brasileños.

¿Qué es el Sistema Único de Salud?

Esta pregunta puede parecer extraña para secretarios de salud o técnicos de esa área. Puede parecer obvia para periodistas, políticos, medios de comunicación, artistas y publicistas. Puede aun sonar sin mucho sentido para los profesionales de la salud, como médicos, enfermeros, nutricionistas, farmacéuticos, dentistas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, fonoaudiólogos, entre otros, pues imaginan que conocen el sistema de salud brasileño. Sin embargo, para la mayoría de las personas —para el ciudadano común— la respuesta a esta pregunta tal vez aclare muchos malentendidos, pues no siempre las personas disponen de una idea clara y correcta sobre el SUS.

La respuesta a esta pregunta puede estimular una toma de conciencia sobre las necesidades de las personas y de las comunidades, como también sobre la cuestión del derecho a la salud. Ojalá estimule un cuestionamiento sobre los determinantes o las *causas* de la salud y de las enfermedades, así como sobre las maneras en que la sociedad, las instituciones e incluso los individuos buscan resolver los problemas de salud.

Inicialmente, cabe aclarar que el SUS es una sigla que corresponde al Sistema Único de Salud. Aun así, el conocimiento del contenido de esta sigla no permite un entendimiento inmediato de su significado. Claro que las personas tienen alguna idea acerca de lo que es la salud. Saben el significado de la palabra *único*, pues rápidamente les remite a “hijo único”. Ya el término *sistema* no es tan familiar, dado que puede abarcar cosas distintas como el sistema solar, el sistema nervioso o el sistema de frenos de un vehículo.

Y para aquellos que al escuchar hablar de salud asocian esa palabra a médicos, remedios, hospitales, sufrimiento y consultorios, la expresión *sistema de salud* puede sugerir un conjunto de servicios, establecimientos, profesionales, medicamentos, equipos, etc. Aun entendiendo cada una de las palabras representadas en la sigla SUS, restaría concluir qué significa *Sistema*

Único de Salud en su conjunto. El SUS es algo distinto, especial, que no se reduce a un conjunto de palabras como *sistema, único y salud*.

¿Qué es un sistema de salud?

En principio y de forma muy simple podríamos decir que un *sistema de salud* es el conjunto de agencias y agentes cuya actuación tiene como objetivo principal garantizar la salud de las personas y de las poblaciones. Esas agencias (instituciones y empresas) y agentes (profesionales y trabajadores de la salud) forman parte de algo mayor, o sea, el sistema de salud. Tales organizaciones y personas que integran el sistema son partes de un todo, pero cabe alertar que el todo puede ser más que la mera suma de las partes.

Las *agencias* serían organizaciones públicas o privadas, gubernamentales o no, que tendrían como finalidad promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud de los individuos y de las comunidades. Así, forman parte del sistema de salud tanto un hospital particular que atiende a personas con *planes de salud*, como un puesto de salud perteneciente a una intendencia. Por lo tanto, el sistema de salud en Brasil, a pesar del adjetivo único, está compuesto por establecimientos y servicios pertenecientes a diversas organizaciones públicas y privadas, con fines lucrativos o no. Hospitales benéficos y filantrópicos, por ejemplo, son organizaciones privadas sin fines de lucro. Pueden hasta cobrar por los servicios prestados, pero en principio no apuntan al lucro.

Los *agentes* serían profesionales y demás trabajadores de la salud que, individualmente o en equipo, realizan acciones de salud, cuidando de las personas y de las comunidades. Antiguamente, el médico era el más conocido de los agentes de salud. Vestido de blanco, con un maletín negro donde guardaba sus instrumentos de trabajo (estetoscopio, tensiómetro, termómetro, entre otros pequeños objetos), visitaba a las familias, o atendía en su consultorio particular de modo autónomo, y le pagaban por los servicios prestados (a los pagos se los denominaba honorarios). Este médico liberal ya no se encuentra fácilmente en la actualidad. Hoy, casi la totalidad de los profesionales de la salud está vinculada a alguna organización, sea pública o privada. En el caso de los médicos tienen, generalmente, vínculos diversificados de trabajo, tanto en lo público como en lo privado. Esa doble inserción o “doble militancia” trae serias consecuencias en la gestión del sistema público de salud, pues muchos pretenden reproducir en los servicios públicos la lógica del sector privado, donde cada acto médico o procedimiento tiene un precio, tabulado o fijado por el mercado.

Lo importante en este momento es subrayar el vínculo existente entre los profesionales y los trabajadores de la salud (agentes) con las organizaciones (agencias), mediante contratos de trabajo, convenios o acreditaciones, lo que hace más complejo el análisis de un sistema de salud. La insistencia en destacar a los *agentes* en esta definición de sistema, tiene el sentido de advertir sobre cierta autonomía de estos agentes en la realización de su trabajo y en sus relaciones con las *agencias*. Así, por más que las organizaciones intenten interferir en el accionar de los profesionales, ellos detentan ciertos grados de libertad en el ejercicio de sus actividades. La confianza y el vínculo establecidos entre los que prestan servicios de salud y las personas que requieren del cuidado son fundamentales para garantizar la calidad y el éxito de este encuentro entre seres humanos que no se reduce ni a la técnica ni a la ciencia.

Cabe alertar que los ejemplos anteriores de agencias y de agentes se restringen a los servicios de salud dedicados a la prevención de enfermedades y a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. Los *servicios de salud* incluyen al ejercicio legal de la medicina y a otros profesionales cuyo fin explícito es preservar o restaurar la salud, individual y colectiva, pero se excluye en este término a la denominada “medicina popular” (rezadoras, curanderos, etc.) y a la industria farmacéutica y de equipamiento médico-hospitalario. Estas, a pesar de interferir sobre la salud de la población y conformar el sector salud o, más precisamente, el *complejo productivo de la salud* o *complejo médico-industrial*, no forman parte del sistema de servicios de salud.

Aunque los *servicios de salud* sean muy importantes para asegurar la salud de las personas y de las poblaciones, la preservación de la salud de las comunidades no depende solo de estos. Muchas acciones de promoción y de protección de la salud son realizadas por otras organizaciones que no integran el sector salud. Muchas acciones educativas y de comunicación social, fundamentales para la promoción de la salud, son realizadas por las escuelas, las radios y la televisión. Las leyes contra el cigarrillo, la obligatoriedad del uso del cinturón de seguridad y el control de la velocidad de los vehículos son iniciativas muy importantes para la prevención de enfermedades y la protección de la salud de la población y, sin embargo, se desarrollan más allá de los *servicios de salud*.

Por lo tanto, la idea de sistema de salud es más amplia que el conjunto de establecimientos, servicios, instituciones, profesionales y trabajadores de la salud, tal como fue presentada de forma simplificada al inicio de este capítulo. En este momento es deseable ampliar un poco esta noción, recordando que el *sistema de salud* está integrado por los servicios de salud, pero también por los medios de comunicación, las escuelas, los financiadores, las industrias de equipos y de medicamentos, las universidades, los institutos de

investigación, etc. De allí que algunos documentos técnicos realicen una distinción entre *sistema de salud* y *sistema de servicios de salud*, aunque en el lenguaje común tengan el mismo significado. Técnicamente, el *sistema de salud* es más abarcativo, contempla un conjunto de *agencias* y *agentes* que realizan acciones de salud específicas como la vacunación y la consulta o inespecíficas como la información, educación, comunicación y financiamiento; mientras que el *sistema de servicios de salud* es más restringido, limitándose a los prestadores de cuidado de la salud, o sea, representa a una parte o a un subsistema del sistema de salud. Se trata de un conjunto de *agentes* y *agencias*, públicos o privados, que se relacionan entre sí, que apuntan a la atención de la salud de los individuos y de las poblaciones.

Realizadas estas aclaraciones, en la práctica, cuando usamos la expresión *sistema de salud* generalmente nos estamos refiriendo al *sistema de servicios de salud*. Tan solo en documentos técnicos y científicos esta distinción es más valorada.

Sin embargo, incluso en el *sistema de servicios de salud* es difícil verificar un objetivo único. En su interior se manifiestan distintos objetivos y el sistema está atravesado por muchos intereses externos. Así, el objetivo puede ser asegurar la salud de las personas, pero también el lucro de los empresarios y el empleo de los trabajadores que actúan en el sistema. Conciliar este conjunto de objetivos e intereses contradictorios es uno de los grandes desafíos de los sistemas de salud en todo el mundo. Por eso la noción de sistema es útil para denominar a este conjunto de cosas y describir las relaciones entre las partes, pero insuficiente para analizar su historia y explicar sus problemas y desafíos. En este caso, el conocimiento de la política, de la economía, de la historia y de la cultura de cada sociedad es fundamental para comprender las dificultades y los obstáculos, pero también para identificar oportunidades y buscar alternativas.

Problemas y desafíos de los sistemas de salud en el mundo

Todos los sistemas de salud del mundo tienen problemas. Ninguno es perfecto. Sin embargo, desde el siglo pasado algunas naciones han realizado grandes esfuerzos para asegurar un sistema de salud más digno para sus ciudadanos. En este sentido, algunas preguntas son fundamentales para definir el tipo de sistema de salud que pretendemos. Los servicios de salud ¿deben ser entendidos como un “bien” para aquellos que lo necesitan o deben ser comprados en el mercado por aquellos que lo pueden pagar? Si fuera la segunda opción, ¿qué hacer con las personas que no pueden comprar los

servicios?, ¿serían atendidas por la caridad de los prósperos, por el Estado, por ambos? ¿Es conveniente organizar un sistema de salud separando la atención de los pobres, de la clase media y de los ricos? Si la salud fuera considerada un derecho y no una mercancía, ¿la oferta de servicios no debería ser igual para todos? Bajo la hipótesis de que los servicios de salud estuvieran disponibles para todos, ¿sería justo ofrecer más para aquellos que más necesitan? ¿Cómo establecer prioridades en salud ante necesidades tan distintas, apremiantes y complejas?

Los sistemas de salud, de un modo general, siguen el tipo de protección social adoptada por los países, de las que se destacan tres tipos en todo el mundo: la asistencia, el seguro social y la seguridad social.

Los sistemas de salud universales, o sea aquellos destinados a toda la población, están presentes en los países que optaron por la *seguridad social* o por el *seguro social*. En el primer caso, el derecho a la salud está vinculado a la condición de ciudadanía y se financia solidariamente por toda la sociedad a través de contribuciones e impuestos, como ocurre en Inglaterra, Canadá, Cuba y Suecia, entre otros. En los países que cuentan con un sistema de protección social basado en el *seguro social*, controlado por el Estado —llamado también meritocrático—, los servicios están garantizados para aquellos que contribuyen con la previsión social como en Alemania, Francia, Suiza, etc., posibilitando que aquellos que pueden pagar por la asistencia médica procuren atención particular.

Finalmente, el denominado sistema de protección social basado en la *asistencia*, también conocido como residual, proporciona algún tipo de atención solo para aquellos que comprueben su condición de pobreza y, por lo tanto, la imposibilidad de la compra de servicios en el mercado. En este tipo de protección social, una parte significativa de la población que no puede tener acceso al sistema de salud, sea pagando de su propio bolsillo (desembolso directo), sea mediante “planes de salud”, queda descubierta. En esos países, por cuestiones ideológicas, políticas y económicas existen restricciones a la intervención del Estado en la atención a la salud. En EEUU, donde prevalece esa protección residual, cerca de 47 millones de estadounidenses están excluidos del sistema de salud. Incluso los que tienen seguro de salud sufren enormes restricciones por parte de las empresas de planes de salud para el acceso a diversos medios diagnósticos y tratamientos, pues el gobierno ha evitado regular este mercado. Los gastos en salud son crecientes y alcanzan aproximadamente al 18% del producto interno bruto (PIB), o sea, la suma de todo lo que se produce en bienes y servicios en el país durante un año.

La mayoría de los países europeos, así como Canadá, Costa Rica y Cuba, que optaron por la protección social a través del *seguro social* y de la *seguridad*,

implementando sistemas de salud universales predominantemente públicos, gastan una menor proporción del PIB en salud (8% al 10%), son más eficientes y alcanzan mejores indicadores de salud que EEUU. El film exhibido en Brasil bajo el título *SICKO \$0\$ Saúde*, dirigido por el cineasta Michael Moore, ilustra de forma magistral las inequidades existentes en el sistema de salud estadounidense en comparación con lo que es posible garantizar a los ciudadanos y profesionales de salud en Canadá, Francia, Inglaterra y Cuba.

EEUU representa el único país desarrollado que dejó en manos del mercado la atención a la salud de la población. El intento de instalar una cobertura universal en las décadas del treinta y del cuarenta del siglo pasado fue derrotado en ambas oportunidades. Lo mismo sucedió con la propuesta del presidente Bill Clinton, frente a los intereses de los que ganan mucho dinero con el sistema vigente (empresas de seguros, hospitales privados, asociaciones médicas e industria farmacéutica y de equipos). La participación gubernamental en EEUU en la salud se restringe a la atención de la tercera edad (Programa Medicare) y personas con bajos ingresos (Programa Medicaid, creados en la administración demócrata Kennedy-Johnson en la década de 1960. Los demás reciben un seguro a través del empleador o compran, individualmente, su “plan de salud”. Se encuentran excluidos del seguro el 33% de los hispanos, el 19% de los afroestadounidenses y el 10% de los blancos. Además de casi 50 millones de excluidos, hay 25 millones con cobertura precaria. Este sistema de salud desigual y segmentado presenta costos exorbitantes para empresas e individuos, que pueden empeorar con la crisis económica. En el caso de no producirse una reforma del sistema, se estima que para 2019 el gasto llegaría al 21% del PIB y 54 millones de estadounidenses no tendrían acceso a los servicios de salud.

El presidente Barack Obama planteó en su campaña el debate sobre el sistema de salud estadounidense, defendiendo la necesidad de cambios y poniendo el acento en una participación mayor del gobierno en la atención a la salud. La reforma propuesta apuntaba a reducir costos y a ofrecer un plan de asistencia gubernamental para los excluidos (una especie de seguro universal y obligatorio) a través de una agencia, estableciendo una opción pública de seguro, además de aumentar la libertad de elección de los planes de salud. Planteaba subsidiar el seguro de las familias pobres sin Medicaid, introduciendo un paquete obligatorio de servicios que prohibía el rechazo de personas en los seguros o su expulsión cuando presentaban un alto riesgo de enfermarse.

Frente a la derrota anterior del gobierno Clinton, el presidente Obama prefirió dejar que el Congreso elaborara la nueva ley. Tres comisiones en la Casa de los Representantes (diputados) y dos en el Senado participaron en la

elaboración de la legislación, sufriendo la presión de los *lobbies* y de grupos económicos. Las aseguradoras, los hospitales, la industria farmacéutica, las asociaciones de médicos, los prestadores de servicios, la previsión privada y la industria de equipos, entre otros, se manifestaron contra la propuesta, mientras la oposición acusaba al Presidente de querer “socializar” la salud y aumentar el rol del gobierno en la vida del ciudadano. Los medios de comunicación generaban tergiversaciones como aquella que decía que la población no podría elegir su plan de salud o conservar su médico o, incluso, que tendría que enfrentar un racionamiento en el uso de los servicios. Llegaron a divulgar que la reforma contribuiría al financiamiento del aborto, la asistencia a los inmigrantes ilegales y el estímulo a la eutanasia, a través del “corredor de la muerte”.

Otros consideraron que la reforma era moderada, confusa, tímida y vacilante. Una investigación de un gran periódico estadounidense señaló que el 50% de los entrevistados desaprobaba la manera en la que el presidente Obama conducía la reforma de la salud. Con nueve meses de gobierno, la reforma no avanzó, mientras la aprobación del presidente caía del 70% al 55% y la desaprobación pasaba del 20% al 38%. Como resaltan algunos estudiosos de políticas de salud, es muy difícil garantizar el derecho universal a la salud y organizar un sistema en función de las necesidades de la población, cuando los grandes intereses económicos invaden el sector, conformando un *complejo médico-industrial* orientado a la competición y al lucro. O cuando la ideología dominante refuerza el egoísmo y la competición, dejando al margen los valores éticos de solidaridad e igualdad, como también el respeto y la compasión por el otro.

En el caso de Brasil, desde la década de 1920 se adoptó un sistema de protección social basado en el *seguro social*, inicialmente a través de las cajas de jubilaciones y pensiones, sustituidas luego por los institutos. A partir de 1988, la Constitución optó por el sistema de *seguridad social*, aunque la salud sea libre para la iniciativa privada y el financiamiento de la salud no sea mayoritariamente público, como veremos más adelante. A pesar de que el país haya seguido un camino diferente al de EEUU, los médicos, medios de comunicación y la clase media y alta, de un modo general, parecen defender o preferir el modelo estadounidense. La influencia de la cultura y del modo de vida estadounidense, a través de *films*, propagandas de tecnologías y de medicamentos, intercambios, formación de especialistas, publicaciones técnico-científicas y reportajes especiales en la televisión, crean una imagen artificialmente positiva de este sistema de salud, a pesar de sus graves problemas, como se constató en los debates sobre la propuesta de la reforma del presidente Barack Obama.

Por lo tanto, es preciso observar los distintos sistemas de salud del mundo de forma más cuidadosa e informada para que podamos compararlos con aquello que ya conseguimos construir en Brasil. En vez de alimentarnos con falsas ideas o imitar modelos de sistemas de salud de otros países, sería preferible que identifiquemos, objetivamente, qué es lo que hemos conquistado en Brasil a partir de la implementación del SUS. De este modo, sería posible reforzar los avances y corregir las fallas, analizando las similitudes y divergencias de nuestro sistema con otros existentes en el mundo. Evitaríamos así asumir una postura de deslumbramiento y subordinación frente a sistemas de salud de países desarrollados.



Capítulo 2

¿Qué teníamos antes del Sistema Único de Salud?

Es preciso saber qué existía antes del SUS para que podamos evaluarlo, valorizarlo y perfeccionarlo. Es necesario que conozcamos un poco acerca de la historia de la organización sanitaria en Brasil para comprender por qué el SUS representa una conquista del pueblo brasileño. Este conocimiento debe contribuir a que no reproduzcamos el pasado y a que seamos capaces de evaluar, en todo momento, cuáles son los avances que conseguimos, como también las amenazas de retroceso. Así educaremos, permanentemente, a los nuevos sujetos que harán avanzar la Reforma Sanitaria Brasileña (RSB) y construir un sistema de salud más digno para nuestra población.

Organización sanitaria de Brasil en la colonia y en el imperio

Cuando Brasil era una colonia de Portugal la organización sanitaria reflejaba la de la metrópolis. Los servicios de salud de las tropas militares se subordinaban al *cirujano mayor* de los Ejércitos de Portugal. Ya el *físico mayor* (antigua designación del médico principal), directamente o a través de sus delegados en las capitanías, respondía por el saneamiento, profilaxis de las enfermedades epidémicas y las cuestiones relativas al ejercicio de la medicina, de la farmacia y de los cirujanos, boticarios, curanderos, etc. Los problemas de higiene eran responsabilidad de las autoridades locales. Así, las cámaras municipales se preocupaban por la suciedad de las ciudades, la fiscalización de los puertos y el comercio de alimentos. Y desde aquella época los habitantes de las ciudades solicitaban la presencia del médico mediante cartas al Rey, a pesar de la dificultad de encontrar profesionales dispuestos a migrar hacia Brasil.

La primera Santa Casa¹ surgió cuando Brás Cubas fundó la Hermandad de la Misericordia y el Hospital de Todos los Santos, en el año de 1543, en Santos. Luego, se crearon las Santas Casas de Olinda, Bahía, Río de Janeiro, Belén y San Pablo. Así, la asistencia a los pobres quedaba en manos de la caridad cristiana, albergando indigentes, viajeros y enfermos, mientras los militares eran albergados y cuidados por las familias ricas. Posteriormente, fueron atendidos por cirujanos militares en los hospitales de las Hermandades de las Santas Casas, y le correspondía al gobierno colonial el pago de una tasa anual.

La transferencia de la Familia Real a Brasil, a inicios del siglo XIX, restableció los cargos de *físico mayor* del Reino y *cirujano mayor* de los ejércitos, tal como los existentes en Portugal, disponiendo delegados en las provincias. A partir de 1828, las responsabilidades de salud pública fueron atribuidas a las municipalidades. El Servicio de Inspección de Salud de los Puertos pasó a la esfera del Ministerio del Imperio y, con los casos de fiebre amarilla en Río de Janeiro, se creó la Junta de Higiene Pública en 1850.

Durante el imperio, se efectuó una nueva reforma de los servicios sanitarios, con la creación de la Inspección General de Higiene, la Inspección General de Salud de los Puertos y un Consejo Superior de Salud Pública. En esa ocasión se adoptaron las primeras medidas dedicadas a la higiene escolar y a la protección de niños y adolescentes en el trabajo de las fábricas.

Frente a las epidemias, la acción comunitaria se organizaba a nivel local a través de comisiones formadas para cada situación o por intermedio de la cámara de concejales. Pero cuando la situación se complicaba, se optaba por concentrar las decisiones en el gobierno central. Así, al final del imperio, la organización sanitaria brasileña era rudimentaria y centralizada, incapaz de responder a las epidemias y de asegurar la asistencia a los enfermos, sin discriminación. Las personas que disponían de recursos eran cuidadas por médicos particulares, mientras los indigentes eran atendidos por las casas de misericordia, por la caridad y por la filantropía.

Con la proclamación de la República, la responsabilidad de las acciones de salud se atribuyó a los estados. En el ámbito federal, los servicios de salud terrestres y marítimos se agruparon en la Dirección General de Salud Pública (1897) que tenía por finalidad actuar donde no cabía la intervención de los gobiernos estatales, como era el caso de la vigilancia sanitaria en los puertos. Durante el pasaje del siglo XIX al XX, inicio de la industrialización en Brasil,

¹ Las “santas casas”, al igual que las hermandades hospitalarias o de caridad de origen religioso, fueron las primeras instituciones en dar asistencia a los enfermos pobres..

la salud aparecía como cuestión social, o sea, un problema que no se restringía al individuo, que exigía respuestas de la sociedad y del poder público.

La salud y el poder público a inicios de la República

Mucho antes de la existencia del SUS, la organización de los servicios de salud en Brasil era bastante confusa y complicada. Había una especie de “no sistema de salud”, con cierta omisión del poder público. En la denominada República Vieja (1889-1930) prevalecía una concepción liberal del Estado en la que solo le correspondía intervenir en las situaciones en las que el individuo o la iniciativa privada no fuera capaz de responder. Se desconfiaba de la descentralización, vista por ciertos segmentos como algo negativo cuando los estados eran reconocidos como el *locus* de la oligarquía.

Cada parte que conformaba la organización sanitaria no establecía relaciones con las otras, actuando de forma compartimentada y con propósitos bastante diversos, a veces haciendo las mismas cosas. Esta duplicación de esfuerzos desperdiciaba recursos, lo que generaba dificultades para resolver los problemas de salud de la población que se urbanizaba, al tiempo que aumentaba el número de industrias. Este “no sistema” fue conformado a lo largo del siglo XX, teniendo como marca principal la separación entre las acciones de salud pública y la asistencia médico-hospitalaria.

Las epidemias de fiebre amarilla, peste y viruela a inicios del siglo pasado, al comprometer la economía agroexportadora, impusieron el saneamiento de los puertos, la adopción de medidas sanitarias en las ciudades, el combate a los vectores y la vacunación obligatoria por parte del poder público. La realización de campañas sanitarias y la reforma de los órganos federales marcaron la salud pública brasileña en aquella época. Además, desde la década de 1910, se produjo un movimiento a favor del cambio en la organización sanitaria, liderado por médicos y que contaba con la presencia de líderes políticos e intelectuales, el cual fue reconocido como importante en la creación del Departamento Nacional de Salud Pública (DNSP) y de una estructura permanente de servicios de salud pública en áreas rurales.

Frente a las epidemias y enfermedades endémicas, además de las campañas sanitarias lideradas por Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Emílio Ribas, Belisário Pena, Barros Barreta, entre otros, se crearon los códigos sanitarios. Se implementaron también instituciones científicas dedicadas a la investigación biomédica, influyendo en la formación de una comunidad científica y en el establecimiento de políticas de salud.

Entre tanto, las acciones eran episódicas y volcadas a enfermedades específicas como la fiebre amarilla, el *amareliio* (anquilostomiasis), la tuberculosis, la lepra (hanseniasis) o incluso la vacunación contra la viruela. En aquella época no existía un Ministerio de Salud. La salud era tratada más como caso policial que como cuestión social. Y el organismo que se ocupaba de la salud pública estaba vinculado al Ministerio de Justicia y Asuntos Interiores. La realización de campañas evocaba una operación militar y muchas de las acciones realizadas se inspiraban en lo que se denomina Policía Sanitaria.

En la segunda década del siglo XX, se tomaron algunas iniciativas con relación a los servicios médicos de las empresas. Había fábricas en Sao Paulo que proveían servicios médicos a los trabajadores, para lo cual se descontaba el 2% de los salarios. Ya en la década siguiente, Carlos Chagas creó el Departamento Nacional de Salud Pública (DNSP), que tomó bajo su responsabilidad la profilaxis, la propaganda sanitaria, el saneamiento, la higiene industrial, la vigilancia sanitaria y el control de endemias. En este período se inició la previsión social en Brasil a través de las cajas de jubilaciones y pensiones (CAPs, por sus siglas en portugués) luego de la aprobación de la Ley Eloi Chaves (1923). De este modo, los trabajadores vinculados a esas cajas pasaban a tener acceso a alguna asistencia médica.

Desarrollo del sistema público de salud

El sistema público de salud en Brasil, por consiguiente, nació a través de tres vías: la salud pública, la medicina previsional y la medicina del trabajo. A pesar de que la reforma propuesta por Carlos Chagas contemplaba la denominada higiene industrial, la salud del trabajador no fue inicialmente valorada por los órganos responsables de la salud pública. Aquello que actualmente conocemos como salud ocupacional, o salud del trabajador, tuvo su desarrollo solo a partir de 1930, con la creación del Ministerio del Trabajo. Por lo tanto, hay estudios que reconocen, desde el inicio del siglo XX, la formación de tres subsistemas de salud en Brasil vinculados al poder público, basados en las tres vías mencionadas (la salud pública, la medicina previsional y la medicina del trabajo). Desde sus orígenes transitaron caminos paralelos, de forma relativamente autónoma y respondieron a presiones distintas. A la par de estos subsistemas se puede identificar, también, la medicina liberal, las instituciones filantrópicas y la denominada medicina popular.

En el caso de la *salud pública*, las críticas dirigidas a las campañas sanitarias y las resistencias de la población a las intervenciones autoritarias posibilitaron el surgimiento de propuestas de educación sanitaria y de creación de centros

de salud. Los primeros sanitaristas formados en EEUU (Johns Hopkins University), como por ejemplo Geraldo de Paula Souza en Sao Paulo, contribuyeron a un cambio en el énfasis: de la coerción a la persuasión.

Por coincidencia o no, el DNSP fue transferido desde el Ministerio de Justicia al Ministerio de Educación y Salud, a partir de la Revolución del año 1930. Hasta 1953, cuando finalmente fue instituido el Ministerio de Salud, lo que se verificó fue la transformación de muchas campañas sanitarias en órganos o servicios responsables de la fiebre amarilla, la tuberculosis, la lepra, la niñez, la fiscalización sanitaria, además del Servicio Especial de Salud Pública (SESP). Este fue el resultado de un convenio entre el gobierno brasileño y el norteamericano en el período de la Segunda Guerra Mundial, según algunos, para la explotación del caucho en la Amazonia.

Después de la creación del Ministerio de Salud, el combate a ciertas enfermedades pasó a ser realizado por servicios específicos y centralizados. Pero la intervención bajo la forma de campañas persistió en relación con la erradicación de la malaria, el combate a la tuberculosis (utilizando la abreugrafía y la vacuna BCG oral) y la vacunación contra la viruela. El SESP se transformó en fundación (FSESP) y en el gobierno del presidente Juscelino Kubitschek se creó el Departamento Nacional de Endemias Rurales (DNERu). Este fue sustituido en la década de 1960 por la Superintendencia de Campañas (SUCAM). Algunos estudiosos denominan a la salud pública de esa época *sanitarismo campañista* (con énfasis en las campañas) y *sanitarismo dependiente* (modelo estadounidense de la FSESP), aunque estudios más recientes señalan ciertas adaptaciones por las que pasó el modelo norteamericano en Brasil.

Este tipo de *salud pública* no tenía ninguna integración con la *medicina previsional* implementada en los institutos de jubilaciones y pensiones (IAP, por sus siglas en portugués) ni con la *salud del trabajador*. Separaba, artificialmente, la prevención y la cura (tratamiento), la asistencia individual y la atención colectiva, la promoción y la protección de la recuperación y la rehabilitación de la salud.

Así, la organización de los servicios de salud en Brasil antes del SUS se configuraba en mundos separados: por un lado, las acciones dedicadas a la prevención, al ambiente y la colectividad, conocidas como *salud pública*; por otro, la salud del trabajador inserta en el Ministerio de Trabajo y las acciones curativas e individuales que integraban la *medicina previsional* y las modalidades de asistencia médica liberal, filantrópica y, progresivamente, empresarial.

Mientras tanto, las condiciones de salud de la población se modificaban. Del predominio de las “enfermedades de la pobreza” (tuberculosis, desnutrición, parasitosis, enfermedades sexualmente transmisibles y otras enfermedades infecciosas y parasitarias) alcanzamos la denominada “morbilidad moderna”

(enfermedades del corazón, neoplasias, accidentes y violencias). Se produjo una reducción de la mortalidad y de la natalidad, así como un envejecimiento de la población. Progresivamente, se fue produciendo una disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias y un incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas, además de los traumas.

El desarrollo industrial observado en el gobierno de Juscelino Kubitschek de Oliveira influyó en el ramo farmacéutico y de equipos, fortaleciendo la expansión de la asistencia médicohospitalaria en detrimento de la salud pública. Este proceso se fue profundizando en la segunda mitad de la década de 1960 con la política de compra de servicios diagnósticos y terapéuticos en el sector privado por parte de la previsión social y con la creación de la modalidad de *planes médicos privados* junto a grandes empresas, como por ejemplo de la industria automovilística. Si a fines de la década de 1940 cerca del 80% de los recursos federales se gastaban en salud pública y el 20% en la asistencia médica individual, en 1964 esta distribución ya se había invertido. Los *planes médicos privados* constituían un tipo de empresa médica que prestaba servicios a una gran empresa industrial o de servicios, mediante prepago, contando inicialmente con un estímulo del gobierno que eximía parte de las contribuciones de la previsión social. Mientras tanto, los primeros gobiernos militares redujeron aún más los recursos destinados a la salud pública.

Este modelo médico-asistencial presentó un gran crecimiento en la década de 1960, contrastando con el deterioro de las condiciones de salud de la población y con la contención de las acciones de salud pública. El presupuesto del Ministerio de Salud antes de 1975 no alcanzaba ni al 1% de los recursos públicos del área federal. La epidemia de meningitis de aquella época simbolizaba la crisis sanitaria, y provocó respuestas para enfrentarla. La mortalidad infantil, cuyas tasas se redujeron entre las décadas de 1940 y 1960, sufrió un incremento junto con el aumento de casos de tuberculosis, malaria, enfermedad de Chagas, accidentes de trabajo, entre otros. Justamente en el momento en que la economía del país crecía a una tasa media del 10% anual, una revista de gran circulación nacional, a partir de un reportaje que mereció una tapa especial, preguntaba: *¿Qué está sucediendo con el país de Oswaldo Cruz?*

La *medicina previsional* se inició con las cajas de jubilaciones y pensiones, pasando por cierta expansión a partir de 1930 cuando fueron sustituidas por varios institutos de jubilaciones y pensiones (IAP). Así, se creó un instituto para cada categoría de trabajadores: comerciantes (IAPC), bancarios (IAPB), industriales (IAP), marítimos (IAPM), empleados del Estado (IPASE), trabajadores de transportes y cargas (IAPETEC), etc. A excepción del IPASE, todos los institutos fueron unificados en 1966 en el Instituto Nacional de Previsión Social (INPS). Solo los brasileños que estuvieran vinculados al mercado formal de

trabajo y con la libreta de trabajo firmada tenían acceso a la asistencia médica de la previsión social. A los demás les restaban pocas opciones: pagar por los servicios médicos y hospitalarios o buscar atención en instituciones filantrópicas, o en puestos y hospitales de los estados o municipios. Como el derecho a la salud no estaba vinculado a la condición de ciudadanía, les correspondía a los individuos la responsabilidad de resolver sus problemas de enfermedad y accidentes, como también los de sus familiares.

Aunque la asistencia médica, hospitalaria y farmacéutica estuviera incluida desde la implementación de los primeros institutos, el financiamiento de estas actividades dependía de los recursos del año anterior que no hubiesen sido gastados en los jubilados, viudas y huérfanos. De este modo, la salud no era una prioridad, incluso para los trabajadores formales urbanos y sus familiares. Por el contrario, las prioridades eran otras. La capitalización obtenida con las contribuciones previsionales de los trabajadores permitía que los recursos sean desviados hacia inversiones en la economía. Con recursos oriundos de los institutos se construyó la siderurgia nacional en la dictadura de Getúlio Vargas: el puente Río-Niteroi, la carretera Transamazónica y la Represa de Itaipu en el período autoritario; y en los momentos de democracia los recursos de la previsión se utilizaron en la construcción de Brasilia (en los tiempos de la presidencia de Juscelino Kubitschek de Oliveira) y en el pago de la deuda a los bancos (en los gobiernos de Fernando Henrique Cardoso y Luiz Inacio “Lula” da Silva).

En el pasaje de la década de 1940 a la de 1950, la asistencia médico-hospitalaria creció y se ampliaron los servicios médicos propios de los IAP, además de los convenios y contratos de la previsión con los hospitales particulares y benéficos. La práctica médica pasaba por profundas transformaciones, de manera que el ejercicio liberal de la medicina iba siendo sustituido por los vínculos laborales de los médicos con el poder público y con las empresas. Se desarrollaba, por consiguiente, la medicina empresarial y tecnológica.

Entre los dirigentes y los burócratas de los institutos prevaleció la opción de comprar servicios médico-hospitalarios del sector privado para los asegurados por la previsión en vez de invertir en servicios propios, de modo de ampliar la infraestructura pública de servicios de salud. Esta política conocida como “privatización” se intensificó en los gobiernos militares. No era solo por la rima que la privatización se asociaba a la corrupción. Epidemias de cesáreas, internación de mendigos en hospitales psiquiátricos particulares, “cirugías ginecológicas” en hombres y otros absurdos eran pagados por la previsión social a través de un mecanismo de pago basado en las unidades de servicios (US). Cuanto mayor era el valor de la unidad de servicio más se realizaba el procedimiento. Si un parto normal valía menos unidades de

servicio que una cesárea, los médicos y los hospitales evitaban la realización de partos normales. De allí que uno de los grandes sanitaristas brasileños, Carlos Gentile de Mello, denunciaba siempre que la unidad de servicio era un factor incontrolable de corrupción.

Desarrollo del sistema de salud privado

A la par de la *salud pública*, de la *medicina previsional* y de la *salud del trabajador* como componentes de la política estatal, se mantuvo a lo largo del siglo pasado la *medicina liberal* que se caracterizaba por una amplia autonomía del profesional. En este caso, el médico definía el precio de la consulta, establecía el horario y las condiciones de atención en su consultorio particular y tenía la propiedad y la posesión de los instrumentos de trabajo. Sin embargo, con la ampliación de la utilización de equipos y de medios de diagnóstico y tratamiento, sumado al aumento exponencial de los costos de la asistencia, el médico vio su autonomía reducida, sea por transformarse en un empleado de las organizaciones estatales o privadas, sea por atender, incluso en sus consultorios particulares, pacientes de convenios o planes de salud con reglas establecidas. En ambos casos perdía el control de su clientela, dejando de fijar el precio de las consultas y definir los procedimientos a realizar. Bajo esas circunstancias comenzó a someterse a una autonomía atípica, de modo que el ejercicio de la medicina liberal va a ser progresivamente substituido por la *medicina empresarial*. Son pocos los médicos, actualmente, que viven solo de la medicina liberal, prescindiendo del empleo público o de convenios con empresas de planes de salud.

Tanto la medicina liberal como la medicina empresarial se sometieron a la lógica del mercado, especialmente cuando la demanda está condicionada por el poder de compra del cliente, en vez de determinada por la naturaleza de la necesidad o del sufrimiento del paciente. Se trata, por lo tanto, de una relación comercial de compra y venta de servicios, en la cual el consumidor no dispone de información suficiente para hacer elecciones. O sea, los procedimientos y tratamientos son indicados o decididos por el productor, el médico. De allí que los economistas definieran al sector salud como un “mercado imperfecto”. La única regulación propuesta para tal mercado se limitaba al Código de Ética Médica, cuyo cumplimiento era controlado por el Consejo Federal de Medicina (CFM), a través de los consejos regionales (CRM).

Paralelamente a la medicina liberal y empresarial, permanecía la *medicina filantrópica*, cuyos orígenes se remontan al siglo XVI, como vimos, con la fundación de la Santa Casa de la Misericordia en Santos y, posteriormente, en

Salvador. En todo el país existen innumerables hospitales reconocidos como filantrópicos, con una cantidad significativa de camas. Además de la exención de impuestos y contribuciones, concedida por el Estado (renuncia tributaria), estos establecimientos reciben subsidios directos e indirectos, inversiones públicas y pago por servicios prestados. Hasta la Constitución de 1988, las personas vinculadas a la previsión social, asistidas por tales establecimientos, tenían los servicios pagos por el Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previsión Social (INAMPS) mediante convenios. De allí en adelante todas las consultas atendidas en las instituciones filantrópicas han sido pagadas por el SUS. Así, desde 1988 no hay más indigentes ni servicios gratuitos prestados por caridad. Todos los servicios de salud prestados por esas instituciones son remunerados por el SUS y financiados por la sociedad a través de impuestos directos e indirectos, además de contribuciones.

Finalmente, al interior de la *medicina empresarial* se fueron diversificando los negocios. Desde la década de 1940 existe la Caja de Asistencia de los Empleados del Banco del Brasil (CASSI) que posibilita la asistencia médica de esos trabajadores y sus familiares, independientemente de la atención que reciben del Instituto de Jubilaciones y Pensiones de los Bancarios (IAPB). Otros segmentos de trabajadores disponían de algo similar: la Asociación de Empleados del Comercio de Babia, por ejemplo, que aseguraba a sus socios y familiares consultas médicas y algunos exámenes complementarios, siempre y cuando realizaran un aporte mensual o integraran la categoría “socio exento”. Iniciativas similares fueron transformadas, recientemente, en la modalidad asistencial del sector de salud suplementaria denominada “planes de autogestión”.

En la década de 1960 algunas grandes empresas contrataron servicios de los *planes médicos privados*, evitando que sus trabajadores buscaran asistencia médica en la previsión social y, en contrapartida, quedaban eximidas de pagar parte de sus contribuciones previsionales. En esa época también surgieron las *cooperativas médicas* que combatían lo que la Asociación Médica Brasileña denunciaba como “empresarización de la medicina”. A pesar de las luchas ideológicas, las *cooperativas médicas* pasaron a funcionar de un modo equivalente a los *planes médicos privados*.

En el pasaje de la década de 1960 a la de 1980 se fueron desarrollando las empresas de *seguro de salud*, vendiendo distintos planes de salud en el mercado. Esas modalidades de medicina empresarial —autogestión, planes médicos privados, cooperativas médicas y seguros de salud— constituyeron el Sistema de Asistencia Médica Supletoria (SAMS), conocido como el sector salud suplementario, espacio de crecimiento de la iniciativa privada en Brasil. Todas estas modalidades se basan en el prepago, al contrario de la medicina

liberal que se caracteriza por el pago del propio bolsillo en el momento de la prestación del servicio, y conforman el denominado sistema de desembolso directo (SDD).

La crisis del sistema de salud

El sistema de salud brasileño tendía, cada vez más, a parecerse a la medicina estadounidense. Había una multiplicidad de instituciones y organizaciones prestadoras de servicios de salud, estatales y privadas, muchas veces dirigidas a una misma clientela, que dejaba a millones de personas excluidas de la atención o que recibían servicios de baja calidad. Un estudio realizado en 1975 indicaba, solo en el área federal, que existían 71 organismos que desarrollaban acciones de salud. Si a estos se les sumaran los organismos estatales y municipales, además de los servicios privados liberales, empresariales y filantrópicos, se puede tener una idea del tamaño del desafío de la reorganización del sistema de salud en Brasil a partir del SUS.

El mencionado estudio, realizado al interior del entonces Ministerio de Previsión y Asistencia Social (MPAS), describía el sistema de salud brasileño de aquella época a través de seis características: insuficiente, mal distribuido, descoordinado, inadecuado, ineficiente e ineficaz. Este estudio, cuya divulgación fue censurada por el gobierno militar, ciertamente encontró dificultad de explicitar cuatro adjetivos más que caracterizarían a aquel “no-sistema”: autoritario, centralizado, corrupto e injusto.

En aquel año, se sancionó la Ley 6229 que creó el *Sistema Nacional de Salud* y definió las competencias de sus componentes. Se reforzó el presupuesto del Ministerio de Salud y se implementaron programas de extensión de cobertura de servicios de salud en áreas rurales, especialmente en el noreste del país, y se organizó el sistema de vigilancia epidemiológica (Ley 6259/75), separado de la vigilancia sanitaria. En este período se implementaron diversos programas especiales de control de enfermedades y de atención a grupos prioritarios, como el materno-infantil. En el ámbito de la medicina previsional se creó, en 1977, el Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previsión Social incorporando el IPASE que, junto al Fondo de Asistencia al Trabajador Rural (FUNRURAL) y la Legión Brasileña de Asistencia, sucedió al Instituto Nacional de Previsión Social, ofreciendo servicios de salud para amplios contingentes de la población.

Antecedentes de la Reforma Sanitaria Brasileña y del Sistema Único de Salud

Para enfrentar aquel decálogo de problemas y democratizar la salud en Brasil se organizó un movimiento social compuesto por segmentos populares, estudiantes, investigadores y profesionales de la salud que propusieron la reforma sanitaria y la implementación del SUS. Instituciones académicas y sociedades científicas como la Sociedad Brasileña para el Progreso de la Ciencia (SBPC), el Centro Brasileño de Estudios de Salud (CEBES) y la Asociación Brasileña de Posgrado en Salud Colectiva (ABRASCO), entidades comunitarias, profesionales y sindicales, constituyeron un movimiento social en la segunda mitad de la década de 1970, defendiendo la democratización de la salud y la reestructuración del sistema de servicios de salud. Se trata del movimiento de la Reforma Sanitaria Brasileña, también conocido como “movimiento sanitario” o “movimiento por la democratización de la salud”.

Al presentar el documento *La cuestión democrática en el área de la salud* en el 1º Simposio de Política Nacional de Salud de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, en 1979, el CEBES formuló, por primera vez, la propuesta del SUS, justificando un conjunto de principios y directrices para su creación. De este modo, tanto la Reforma Sanitaria como el SUS nacieron de la sociedad y no de gobiernos o partidos. Aunque tal propuesta solo haya sido incorporada a la Constitución de la República nueve años después, es posible conmemorar en el presente tres décadas del SUS.

Durante la 8ª Conferencia Nacional de Salud, realizada en 1986, diversos estudios y propuestas para la Reforma Sanitaria fueron sistematizados y debatidos por casi 5.000 participantes. El informe final del evento inspiró el capítulo de salud de la Constitución, que se desdobló, posteriormente, en las leyes orgánicas de salud, Ley 8080/90 y Ley 8142/90, permitiendo la implementación del SUS. En la medida en que esas propuestas nacieron de la sociedad y alcanzaron el poder público mediante la acción de movimientos sociales y de la creación de dispositivos legales, es posible afirmar que el SUS representa una conquista del pueblo brasileño.

Mientras se debatía la legislación del SUS en el Congreso Nacional, se adoptaron medidas que apuntaban a la integración de las acciones y a la unificación de los servicios de salud, mediante convenios entre el gobierno federal, los estados y los municipios, para la implementación de programas que funcionaran como puentes capaces de facilitar la travesía hacia la otra margen del río, o sea, el SUS. Entre esas iniciativas se pueden mencionar las Acciones Integradas de Salud (AIS) y los Sistemas Unificados y Descentralizados de Salud (SUDS), reconocidos como *estrategias-puente* hacia el SUS.

Al considerar el desarrollo histórico de la organización sanitaria que precedió al SUS podemos afirmar, de un modo esquemático, que Brasil exhibió una protección social incipiente, una especie de *asistencialismo* exclusivo o modelo *residual* hasta la década de 1920. A partir de los años 1930, adoptó el *seguro social* para los trabajadores urbanos y después de la Constitución de 1988 ha intentado implementar la *seguridad social* a partir de la cual fue concebido el SUS. Sin embargo, en realidad, aún se ve en el Brasil actual una mezcla de los tres tipos de protección social (residual, seguro social y seguridad social), con consecuencias negativas para el desarrollo del SUS y para una ciudadanía plena.

Aunque el derecho a la salud haya sido difundido internacionalmente desde la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1948, Brasil reconoció formalmente la salud como derecho social cuarenta años después. Como ya fue mencionado, antes de 1988 solo los trabajadores con la libreta de trabajo firmada y al día con las contribuciones pagadas a la previsión social tenían garantizado por ley el derecho a la asistencia médica, a través de los servicios prestados por el Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previsión Social.

Capítulo 3

La creación y la implementación del Sistema Único de Salud

La propuesta del SUS se vincula a una idea central: todas las personas tienen derecho a la salud. Este derecho está ligado a la condición de ciudadanía. No depende del “mérito” de pagar la previsión social (seguro social meritocrático), ni probar su condición de pobreza (asistencia del sistema de protección), ni del poder adquisitivo (mercado capitalista), mucho menos de la caridad (filantropía). Basado en la concepción de *seguridad social*, el SUS supone una sociedad solidaria y democrática, motivada por valores de igualdad y de equidad, sin discriminaciones o privilegios.

El Sistema Único de Salud en la Constitución

Con la Constitución de la República de 1988 la salud pasó a ser reconocida como un derecho social, o sea, inherente a la condición de ciudadano, correspondiéndole al poder público la obligación de garantizarlo: “La salud es derecho de todos y deber del Estado” (art. 196). Esa conquista política y social puede ser atribuida a diversas luchas y esfuerzos emprendidos por el movimiento de la Reforma Sanitaria entre 1976 y 1988. Por primera vez en la historia de Brasil, fue promulgada una Constitución que reconoce la salud como un derecho social y dispone de una sección específica con cinco artículos destinados a la salud.

En el mencionado artículo 196 se destaca que el deber del Estado estaría garantizado mediante políticas económicas y sociales que apunten a la reducción del riesgo de enfermedad y de otros agravios y al acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para la promoción, protección y recuperación.

Así, antes de mencionar acciones y servicios de salud, la Carta Magna apunta a las políticas económicas y sociales como intervenciones fundamentales para la garantía del derecho a la salud. Cuestiones como la producción

y distribución de la riqueza y del ingreso, el empleo, el salario, el acceso a la tierra para plantar y habitar, el ambiente, entre otras, influyen sobre la salud de los individuos y de las comunidades, aunque integren las *políticas económicas*. La educación, la cultura, el deporte, el ocio, la seguridad pública, la previsión y asistencia social son capaces de reducir el riesgo a las enfermedades y a los agravios, conformando las *políticas sociales*.

Los agravios se refieren a los cuadros que no representan, obligatoriamente, una enfermedad clásicamente definida, como en accidentes, envenenamientos, entre otros. La violencia es el evento representado por acciones realizadas por individuos, grupos, clases, naciones, que ocasionan daños físicos, emocionales, morales y/o espirituales a sí mismos o a otros. El accidente es el evento no intencional y evitable, causante de lesiones físicas y/o emocionales, en el ámbito doméstico o en otros ambientes sociales, como el del trabajo, del tránsito, de la escuela, de los deportes y del ocio.

Es importante destacar que solo después de señalar la relevancia de las políticas económicas y sociales para el derecho a la salud, la Constitución hace referencia a la garantía del “acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para la promoción, protección y recuperación” (art. 196). Muchas de estas acciones y servicios son responsabilidades intransferibles del sistema de salud, pero no es posible desconocer el impacto de las políticas económicas y sociales sobre las condiciones de salud de la población.

¿Qué significa acceso universal? Significa la posibilidad de que todos los brasileños puedan alcanzar la acción o el servicio de salud que necesiten sin ninguna barrera de accesibilidad, sea legal, económica, física o cultural. El acceso universal, reiterando, es para todos: ricos y pobres, hombres y mujeres, ancianos y niños, nordestinos y sureños, negros y blancos, habitantes de la ciudad y del campo, indígenas y *quilombolas*², analfabetos y letrados, independientemente de su raza, etnia u opción sexual.

¿Qué quiere decir acceso igualitario? Quiere decir igual acceso para todos, sin ningún tipo de discriminación o preconcepción. Quiere decir que la igualdad es un valor importante para la salud de todos. Aunque, en situaciones en las que se producen grandes desigualdades, como en el acceso a los servicios de salud, atender igualmente a los desiguales podría resultar en un sostenimiento de las desigualdades, impidiendo alcanzar la igualdad. Con vistas, sobre todo, a la distribución de recursos, la noción de la equidad crece en importancia. Esta admite la posibilidad de atender de manera desigual

² Comunidades que habitan tierras entregadas o adquiridas por antiguos esclavizados organizados en “quilombos”.

a los que son desiguales, priorizando a los que más necesitan para poder alcanzar la igualdad.

¿Qué son acciones y servicios para la promoción, protección y recuperación de la salud? Promover la salud significa fomentar, cultivar, estimular, mediante medidas generales e inespecíficas, la salud y la calidad de vida de las personas y de las comunidades. Por lo tanto, promoción, en salud, no tiene el mismo sentido que las promociones del comercio. En estas, el objetivo fundamental es estimular las ventas y para eso recurren a diversas estrategias: propaganda, liquidación, “rebajas”, premios, etc. En el caso de la *promoción de la salud* lo que importa son las buenas condiciones de vida, educación, actividad física, ocio, paz, alimentación, arte, cultura, diversión, entretenimiento y ambiente saludable, entre otras. Supone actuar sobre las “causas de las causas”, o sea, los determinantes socioambientales, cultivando el bienestar y la calidad de vida.

Proteger la salud significa reducir o eliminar riesgos mediante medidas específicas como vacunación, combate a insectos transmisores de enfermedades, uso de cinturones de seguridad en los vehículos, uso de preservativos para la prevención de enfermedades sexualmente transmisibles, como también el control de la calidad del agua, alimentos, medicamentos y tecnologías médicas. Esas medidas se basan en conocimientos científicos que permiten identificar factores de riesgo y de protección. Y ante la insuficiencia de esos conocimientos en ciertas situaciones, por ejemplo, los efectos de los alimentos genéticamente modificados (transgénicos) sobre la salud humana y sobre el medio ambiente, los países más desarrollados han adoptado el “principio de precaución”: prefieren utilizar alternativas en la producción a someter a la población a riesgos desconocidos.

Recuperar la salud requiere de un diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y limitación del daño (enfermedad o agravio), evitando complicaciones o secuelas. La atención a la salud en la comunidad y la asistencia médica ambulatoria, hospitalaria y domiciliaria representan así las principales medidas para la recuperación de la salud.

“El acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para la promoción, protección y recuperación”, tal como fue previsto por la Carta Magna, permite, por lo tanto, desarrollar una atención integral a la salud. Es decir, en vez de limitarse a una asistencia médica curativa, el derecho a la salud en Brasil se extiende a la prevención de enfermedades, al control de riesgos y a la promoción de la salud. Así, las acciones y servicios de salud son de relevancia pública.

No obstante, la Constitución de la República estableció, por otro lado, que la asistencia a la salud es libre para la iniciativa privada, y que le corresponde al

poder público “disponer, bajo los términos de la ley, sobre su regulación, fiscalización y control, y que su ejecución debe ser realizada directamente o a través de terceros y, también, por personas físicas o jurídicas de derecho privado”.

A muchos les queda la impresión de que la Constitución no definió si la salud debe ser considerada un bien público o un servicio a ser comprado en el mercado. En realidad, esa ambigüedad es el resultado de las pugnas y acuerdos políticos en el proceso constituyente. Representa aquello que fue posible conquistar en aquel momento por los constituyentes que defendían la creación del SUS, aunque luego haya tenido consecuencias problemáticas. Según la Constitución, las acciones y los servicios públicos que componen el SUS se complementarían a través de contratos con los servicios privados que, en tales casos, deberían funcionar como si fuesen públicos. Así, el SUS estaría organizado a través de una red regionalizada y jerarquizada de servicios de salud, con establecimientos públicos y privados contratados, bajo el amparo del derecho público.

Sabiendo ahora que el SUS está integrado por un conjunto de acciones y servicios públicos de salud, restaría aclarar qué es una organización en *red* de forma *regionalizada y jerarquizada*.

La idea de red está presente en nuestro vocabulario cuando nos referimos a una determinada red de supermercados o a una red de televisión. En el primer caso, pensamos en diversas tiendas de supermercado pertenecientes a una misma empresa. En el segundo caso reconoceríamos diversas emisoras distribuidas en el territorio nacional, aunque no pertenecieran a un único dueño. De allí la expresión “afiliadas” para designar aquellas emisoras que integran la red, pero no son propiedad del grupo mayoritario que controla la programación nacional. Hasta pueden desarrollar programas locales, pero sin comprometer los horarios preferenciales ocupados en la programación nacional.

En el sector salud, la idea de red supone cierta vinculación o integración entre los servicios, evitando que queden dispuestos de forma aislada, autárquica, es decir, sin comunicación entre sí. En el caso de los supermercados, pueden disponer de una sede de la empresa donde se toman las principales decisiones, y de oficinas, en cada tienda, responsables por las solicitudes de reposición de stock, producción de datos, contabilidad, supervisión, etc. En el SUS no hay un propietario único, puesto que los establecimientos públicos de salud pertenecen a los municipios, a los estados, al Distrito Federal y a la Unión, mientras que los servicios particulares contratados son de propiedad privada. Su red se parece más a la de la televisión. No hay un único dueño, sino una “programación nacional” establecida por el “SUS nacional” y programas de las “afiliadas”, definidos en el ámbito de cada estado y en el ámbito

municipal. La red de salud es más compleja que las redes de supermercado y de televisión, pero por ahora esa comparación puede ayudar a entender qué es una *red*.

La forma de *red regionalizada* posibilita la distribución de los establecimientos de salud (centros de salud, ambulatorios, laboratorios, hospitales, etc.) en un determinado territorio, de tal modo que los servicios básicos estén más diseminados y descentralizados, mientras que los servicios especializados se presentan más concentrados y centralizados. Las acciones y servicios de salud pueden, entonces, estar organizados “en redes de atención regionalizadas y jerarquizadas, de forma de garantizar la atención integral a la población y evitar la fragmentación de las acciones en salud” (Ministerio de Saúde, 2009, p. 310).

De este modo, la regionalización corresponde a uno de los principios organizativos del SUS. Representa la articulación entre los gestores de los estados y municipios en la implementación de políticas, acciones y servicios de salud calificados y descentralizados, garantizando el acceso, la integralidad y la resolutivez en la atención a la salud de la población. Significa organizar los servicios de salud en cada región para que la población tenga acceso a todos los tipos de atención.

De acuerdo a la Constitución, el SUS estaría organizado a partir de tres orientaciones fundamentales o directrices: 1) descentralización, con una dirección única en cada esfera de gobierno; 2) atención integral, con prioridad para las actividades preventivas, sin perjuicio de los servicios asistenciales; 3) participación de la comunidad.

La *descentralización* buscaba adecuar al SUS a la diversidad regional de un país continental como Brasil, con realidades económicas, sociales y sanitarias muy distintas. Esto significa que la gestión del sistema de salud se traslada a los municipios, con la consecuente transferencia de recursos financieros por parte de la Unión, además de la cooperación técnica. En este sentido, las decisiones no deben estar centralizadas en Brasilia, sede del gobierno federal. Las decisiones del SUS serían tomadas en cada municipio, estado y en el Distrito Federal, a través de las respectivas secretarías de salud, y le correspondería al Ministerio de Salud coordinar la actuación del sistema en el ámbito federal. Esto es lo que la Constitución define como directriz de “descentralización con un comando único en cada esfera de gobierno” (art. 198).

Uno de los argumentos más utilizados para justificar esta directriz se refiere al hecho de que las personas viven en los municipios y no en la Unión. Así, los problemas de salud serían mejor resueltos en el ámbito local, o sea, en las ciudades en las que residen las personas. Las secretarías de salud de los estados solo deberían actuar sobre cuestiones que superan las posibilidades

del municipio. Ya el gobierno federal, a través de la dirección del Ministerio de Salud, debería apoyar y orientar las acciones de los gobiernos de los estados y municipios, asegurando el cumplimiento de los principios y directrices del SUS.

La *atención integral*, como fue destacado anteriormente, involucra a la promoción, la protección y la recuperación de la salud. Pero, además de ser integral, la atención en el SUS debería priorizar las actividades preventivas. Esas acciones se realizan para evitar que las personas se enfermen, se accidenten o sean víctimas de otros agravios. Pueden ser aplicadas a los individuos, como las vacunas, o colectivamente a toda una población, como el combate al mosquito del dengue o el control sobre la calidad del agua y de los alimentos. Esta prioridad, sin embargo, no debería perjudicar a los denominados servicios asistenciales, o sea, los que cuidan a las personas enfermas dado que, como no es posible eliminar las enfermedades, las violencias y los accidentes, siempre resulta necesario e impostergable asegurarles a las personas el cuidado oportuno. El sistema de salud tiene que garantizar una asistencia efectiva y de calidad, capaz de resolver estos problemas en cuanto aparezcan. Esta directriz del SUS, que busca compatibilizar acciones preventivas y curativas, individuales y colectivas, es conocida como *integralidad de la atención*. Representa una innovación en el modo de cuidar a las personas y de buscar soluciones adecuadas para los problemas y necesidades de salud de la población de un barrio o de una ciudad.

La *participación de la comunidad* expresaba una orientación para democratizar los servicios y las decisiones con relación a la salud. Se trataba de una recomendación de los organismos internacionales, como la OMS, para el desarrollo de sistemas de salud, especialmente a partir de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud, realizada en Alma-Ata en el año de 1978. En el caso brasileño, era también uno de los caminos para la superación del autoritarismo impregnado en los servicios y prácticas de salud desde los gobiernos militares, creando espacios para el compromiso de los ciudadanos con los destinos del sistema de salud. Además de la perspectiva del ejercicio de la democracia en el cotidiano de los servicios de salud, esta directriz buscaba asegurar el control social sobre el SUS. Así, la comunidad podría participar en la identificación de los problemas y en el encauzamiento de las soluciones, como también fiscalizar y evaluar las acciones-y servicios públicos de salud.

Por el carácter democrático, participativo y volcado a reforzar la ciudadanía, la Constitución de 1988 ha sido reconocida como *Constitución Ciudadana*. Incluso antes de establecer los artículos relacionados con la salud, presentaba como fundamental el principio de la dignidad de la persona

humana. Esto significa que la dignidad de la persona humana debe prevalecer sobre cualquier otra cuestión en la sociedad brasileña, sea económica, política o ideológica. En este contexto, la salud fue concebida como un derecho social, inherente a la condición de ciudadanía.

Luego de la revisión de las orientaciones incluidas en nuestra Constitución, podemos concluir que el SUS es el conjunto de acciones y servicios públicos de salud, que conforman una red regionalizada y jerarquizada, organizado de acuerdo con las directrices de la descentralización, la integralidad y la participación de la comunidad. Es, por lo tanto, una forma de organizar las acciones y los servicios de salud en Brasil, de acuerdo con los principios, las directrices y los dispositivos establecidos por la Constitución de la República y por las leyes subsiguientes.

El Sistema Único de Salud en las leyes

Una vez aprobada la Constitución, a través de la cual se creó el SUS, se planteó la necesidad de una legislación específica que explicara cómo aplicar esas orientaciones generales a la realidad brasileña. Se trataba, en este caso, de la Ley Orgánica de Salud aprobada el 19 de septiembre de 1990 (Ley 8080/90). Pero como esta ley sufrió diversos vetos del Presidente de la República, fue complementada el 28 de diciembre del mismo año por la Ley 8142/90.

La primera ley dispone sobre las condiciones para la promoción, protección y recuperación de la salud, como también sobre la organización y el funcionamiento de los servicios correspondientes. Regula, en todo el territorio nacional, las acciones y servicios de salud, ejecutados de forma aislada o conjuntamente, en carácter permanente o eventual, por personas naturales o jurídicas de derecho público o privado. Tiene, por lo tanto, un alcance muy grande. No se limita al SUS, ni al sector público. Al referirse a las acciones y servicios de salud prestados por personas naturales o jurídicas puede ser interpretada como capaz de interferir en la medicina liberal y en la medicina empresarial, por ejemplo. Del mismo modo, al contemplar a las entidades jurídicas de derecho público o privado esta regulación podría dirigirse a servicios y acciones de salud realizados por fundaciones públicas, instituciones filantrópicas y empresas privadas como las que comercializan los planes de salud.

Sin embargo, los problemas enfrentados por la sociedad brasileña en el período en que esta ley fue aprobada e implantada impidieron llevar hasta las últimas consecuencias el alcance de esta legislación. Muchos se contentaron con reconocerla solo como “la ley del SUS”. Pero cabe recordar que sus disposiciones generales van más allá del SUS. Explicita que “la salud es un derecho

fundamental del ser humano, debiendo el Estado proveer las condiciones indispensables para su pleno ejercicio” (art. 2). Y esas condiciones indispensables a ser garantizadas por el Estado no se resumen al SUS. Más adelante menciona que:

...el deber del Estado de garantizar la salud consiste en la reformulación y ejecución de políticas económicas y sociales que apunten a la reducción de riesgos de enfermedades y otros agravios y al establecimiento de condiciones que aseguren el acceso universal e igualitario a las acciones y a los servicios para su promoción, protección y recuperación (párrafo primero).

En la misma línea establecida por la Constitución, esta ley centra su atención en las políticas económicas y sociales a ser reformuladas y ejecutadas para la reducción de los riesgos de enfermedades y otros agravios a la salud, tales como accidentes, intoxicaciones o violencias. Incluso antes de definir al SUS, establece que “el deber del Estado no excluye el de las personas, de la familia, de las empresas y de la sociedad” (párrafo segundo). Por lo tanto, todos son corresponsables de la salud de la comunidad, sin que esto reduzca la obligación del Estado de asegurar el derecho a la salud. Esta visión queda aún más clara cuando aclara que:

...la salud tiene como factores determinantes y condicionantes, entre otros, a la alimentación, la vivienda, el saneamiento básico, el medio ambiente, el trabajo, los ingresos, la educación, el transporte, el ocio y el acceso a los bienes y servicios esenciales; los niveles de salud de la población expresan la organización social y económica del país. (párrafo tercero)

El reconocimiento de las condiciones de vida mencionadas anteriormente como determinantes y condicionantes de la salud indica una concepción que supera las dimensiones biológicas y ecológicas de la salud de los individuos y de la colectividad. Al alcanzar una dimensión social, esta ley adopta un concepto ampliado de salud, especialmente cuando admite que “los niveles de salud de la población expresan la organización social y económica del país” (art. 3). Para ser más claros: si pretendemos mejorar la salud de la población tenemos de actuar especialmente sobre los determinantes vinculados a las condiciones de vida. Del mismo modo, si queremos elevar los niveles de salud de toda la población necesitamos interferir sobre la estructura económica y política de Brasil.

La Reforma Sanitaria Brasileña (RSB) proponía estas intervenciones, junto con la implementación del SUS. La RSB formaba parte de una totalidad de cambios, como por ejemplo la Reforma Agraria, la Reforma Urbana, la Reforma Tributaria, entre otras. El SUS, más allá de ser uno de sus hijos predilectos, tenía otros hermanos y hermanas igualmente importantes tales como: distribución más justa de los ingresos, avance de la democracia y desarrollo de la educación y de la cultura.

Tal como en la Constitución, la Ley 8080/90, solo después de presentar esta concepción ampliada de la salud y de sus determinantes, explicitó su definición del SUS: “el conjunto de acciones y servicios de salud, prestados por órganos e instituciones públicas federales, de los estados y municipios, de la administración directa e indirecta y de las fundaciones mantenidas por el poder público, constituye el Sistema Único de Salud” (art. 4.).

Por lo tanto, el SUS corresponde a un sistema público de salud formado por órganos e instituciones federales, de los estados y municipios. No está constituido exclusivamente por organismos de la administración directa, como el Ministerio de Salud y las secretarías de los estados y municipios correspondientes. Integran también el SUS, los órganos y las instituciones de la llamada “administración indirecta” como, por ejemplo, las autarquías, fundaciones y empresas públicas. Así, los servicios y establecimientos de salud vinculados a la administración indirecta podrían gozar de mayor autonomía de gestión adecuándose mejor a la naturaleza y a las especificidades de las acciones de salud. La iniciativa privada podrá participar del SUS, en carácter complementario, mediante contratos regidos por el derecho público. En este sentido, los servicios privados y filantrópicos contratados funcionarían como si fuesen públicos.

Luego de describir los objetivos y las atribuciones del SUS en las que se destacan la asistencia a las personas, la vigilancia sanitaria, la vigilancia epidemiológica, la salud del trabajador y la asistencia terapéutica integral, incluso farmacéutica, la ley en cuestión describe sus principios y directrices.

La asistencia a las personas ha sido definida de un modo más amplio que la asistencia médica u hospitalaria, a través de la expresión atención a la salud: todo lo que envuelve al cuidado a la salud del ser humano, incluyendo las acciones y servicios de promoción, prevención, rehabilitación y tratamiento.

La *vigilancia sanitaria* tiene bajo su responsabilidad el control de medicamentos, alimentos, bebidas, cigarrillos, equipos y materiales médico-odontológico-hospitalarios, vacunas, sangre y hemoderivados, servicios de salud, puertos, aeropuertos y fronteras, entre otros. Es un conjunto de acciones legales, técnicas, educativas, de investigación y de fiscalización que ejerce el control sanitario de servicios y productos para el consumo, que presentan un

riesgo potencial para la salud y el medio ambiente, apuntando a la protección y a la promoción de la salud de la población.

La *vigilancia epidemiológica* se define en esa ley como un “conjunto de acciones que proporcionan el conocimiento, la detección o prevención de cualquier cambio en los factores determinantes y condicionantes de la salud individual o colectiva, con la finalidad de recomendar y adoptar las medidas de prevención y control de las enfermedades y los agravios” (art. 6).

Del mismo modo, se entiende por salud del trabajador un conjunto de actividades destinadas, a través de las acciones de vigilancia epidemiológica y vigilancia sanitaria, a la promoción y protección de la salud de los trabajadores, así como apunta a la recuperación y rehabilitación de la salud de los trabajadores sometidos a los riesgos y agravios ocasionados por las condiciones de trabajo.

La asistencia farmacéutica abarca el abastecimiento de medicamentos en todas sus etapas, incluyendo la conservación, el control de calidad, la seguridad, la eficacia terapéutica, el seguimiento, la evaluación del uso, la obtención y la difusión de información sobre ellos, como también la educación permanente de los profesionales de la salud, del paciente y de la comunidad, de forma de asegurar su uso racional.

Principios y directrices del Sistema Único de Salud

Los *principios* son aspectos que valorizamos en las relaciones sociales, la mayoría derivados de la moral, de la ética, de la filosofía, de la política y del derecho. Son valores que orientan nuestro pensamiento y nuestras acciones. Funcionan como si fueran los mandamientos en el caso de las religiones. Ya las *directrices* son orientaciones generales de carácter organizacional o técnico que ayudan a las diferentes partes que componen el sistema de salud a seguir la misma dirección o, tal vez, el mismo camino.

Así, el principio de la universalidad, supone el derecho a la salud para todos, incluyendo el acceso a los servicios de salud en todos los niveles de asistencia. Ya la integralidad de la asistencia es “entendida como un conjunto articulado y continuo de acciones y servicios preventivos y curativos, individuales y colectivos, exigidos en cada caso en todos los niveles de complejidad del sistema” (Ley 8080/90, art. 7). Esto significa que todas las personas deben tener acceso a todas las acciones y servicios exigidos en cada caso o situación en todos los niveles del sistema de salud. Por lo tanto, el SUS no se restringe a la atención básica. La legislación vigente asegura que, dependiendo de la necesidad de cada situación, la persona tenga acceso a los servicios preventivos y curativos de carácter especializado u hospitalario, o sea, en todos los niveles de complejidad

del sistema. Si el municipio no es capaz de garantizar la atención de un caso debe establecer pactos con otras secretarías municipales que dispongan de los servicios en otros niveles del sistema, incluso recurriendo al apoyo de la Secretaría de Salud del estado. Del mismo modo, si un estado no puede resolver en su territorio situaciones más complejas, debe recurrir al soporte del Ministerio de Salud, gestor nacional del SUS.

Otro principio muy importante del SUS se refiere a la “preservación de la autonomía de las personas en defensa de su integridad física y moral” (art. 7). El respeto a la dignidad humana y a la libertad de elección de las personas sustenta el principio de la autonomía de los ciudadanos frente a las acciones y servicios de salud puestos a su disposición. Las decisiones informadas y las elecciones saludables suponen la emancipación de los sujetos y no la tutela o imposición del poder público. Incluso en situaciones excepcionales, como en el caso de epidemias que requieran de algún grado de restricción de la libertad individual, se debe informar y explicar a las personas para que puedan colaborar con la protección del conjunto de la población. Así, el “derecho a la información de las personas asistidas sobre su salud” (art. 7) representa otro avance democrático garantizado en la legislación del SUS.

Finalmente, entre los principios definidos en la ley se destaca la “igualdad de asistencia a la salud, sin preconceptos o privilegios de ninguna especie” (art. 7). Este principio expresa el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de salud garantizado por la Constitución. Por lo tanto, la *equidad* no consta entre los principios del SUS, sea en la Constitución, sea en la Ley Orgánica de Salud: el principio central en esos marcos legales es la *igualdad*. Sin entrar en la polémica acerca de las diversas connotaciones de la noción de equidad, el SUS podría atender a las personas y las colectividades de acuerdo con sus necesidades, mediante la directriz de “utilización de la epidemiología para el establecimiento de prioridades, la asignación de recursos y la orientación programática” (art. 7). La posibilidad de ofrecer más recursos para los que más los necesitan estaría fundamentada por esa orientación, en vez de recurrir a nociones ambiguas como equidad o “discriminación positiva”, planteadas por organismos internacionales que no apoyan el desarrollo de sistemas de salud universales.

Entre las directrices establecidas en la Ley, además de aquellas aprobadas en la Constitución —descentralización, integralidad y participación de la comunidad—, se destacan las siguientes: divulgación de información; regionalización y jerarquización de la red de servicios de salud; integración, a nivel ejecutivo, de las acciones de salud, medio ambiente y saneamiento básico; y organización de los servicios públicos de modo de evitar duplicación de medios para fines idénticos (art. 7).

El cumplimiento de los principios y las directrices

Para cumplir con la ley, todos los gobiernos que conforman la Unión (de los estados, del Distrito Federal y los de los municipios) deberían implementar el SUS en sus áreas de influencia de acuerdo con los principios y directrices descritos. Si la realidad que observamos aún es diferente de la que está en la norma jurídica, significa que se necesitan nuevos esfuerzos para que los gobiernos, los políticos, los dirigentes y los técnicos cumplan y hagan cumplir la ley, aunque durante el gobierno del presidente Itamar Franco el Ministerio de Salud llegó a lanzar un documento cuyo subtítulo era *La osadía de cumplir y hacer cumplir la ley*.

La Ley Orgánica de Salud definió la competencia y las atribuciones del gobierno federal, de los estados y municipios con relación al SUS, estableciendo atribuciones comunes a las tres esferas de gobierno y discriminando las responsabilidades específicas de la dirección del SUS nacional, de los estados y de los municipios. Además, orientaba el funcionamiento y la participación complementaria de los servicios privados y orientaba las políticas de recursos humanos, de financiamiento, de gestión financiera, planificación y presupuesto.

En los primeros años de implementación del SUS, se puso mucho énfasis en la descentralización y en la búsqueda de financiamiento. Pocas fueron las iniciativas para la organización de los servicios y para la reorientación del modelo de atención. De este modo, las redes regionalizadas y jerarquizadas propuestas por la Constitución y la Ley Orgánica de Salud aún eran muy incipientes. A partir de su implementación, cuando es recibido por el sistema de salud, el ciudadano será derivado al servicio de salud de referencia de aquella región. “El acceso de la población se produce preferencialmente a través de la red básica de salud (atención básica) y los casos de mayor complejidad son derivados a los servicios especializados, que pueden estar organizados de forma municipal o regional, dependiendo del porte y de la demanda del municipio” (Ministério da Saúde, 2006, p. 22)

El carácter *jerarquizado* de la red no debe ser entendido como un modo de adjetivar un servicio como más importante o más poderoso que otro, que manda sobre los demás, como en el ejemplo del supermercado. La jerarquización no es entre los gobiernos federal, de los estados y municipios: no hay jerarquía entre la Unión, los estados y los municipios. Los entes federados negocian y llegan a un acuerdo sobre las acciones, los servicios, la organización de la atención y otras relaciones dentro del sistema público de salud. La jerarquización prevista para la red tiene el sentido de usar los recursos disponibles de una forma más racional para atender más y mejor a las personas

(racionalización en vez de racionamiento). Como la mayor parte de los municipios no tiene condiciones de ofertar integralmente los servicios de salud, es necesario que haya una estrategia regional de atención (colaboración entre el estado y el municipio) para corregir esas distorsiones de acceso. Deben existir centros de referencia para servicios con grados de complejidad diferentes. Así, los servicios se organizan, según el grado de complejidad, en la siguiente secuencia: unidades de salud, municipio, municipio-polo y región.

La integralidad de la asistencia debe contemplar, también, la continuidad de la atención, cuando sea necesario, en distintos niveles: la atención básica o atención primaria de la salud, la atención ambulatoria especializada y la atención hospitalaria. Sin embargo, la mayoría de los problemas de salud que presentan las personas son simples. Algunas investigaciones indican que más del 80% de los casos podrían ser atendidos y resueltos en los servicios básicos y en el ámbito municipal. Así, la atención básica constituye el primer nivel de atención al interior del sistema de salud y engloba un conjunto de acciones de carácter individual o colectivo, que incluyen la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación. Es, preferencialmente, la “puerta de entrada” al sistema de salud. La población tiene acceso a especialidades básicas que son: clínica médica (clínica general), pediatría, obstetricia y ginecología. Los equipos multidisciplinarios de salud actúan, también, en este nivel realizando acciones promocionales y preventivas.

Ya los casos más difíciles y complejos serían derivados, de modo sistemático y organizado, a otros niveles del sistema, como los servicios ambulatorios especializados y hospitalarios. Estos servicios son mencionados en documentos oficiales del SUS y en el lenguaje de los gestores y técnicos a través de la sigla MAC (media y alta complejidad).

La media complejidad está compuesta por acciones y servicios que apuntan a atender los principales problemas de salud de la población, cuya práctica clínica demande disponibilidad de profesionales especializados y el uso de recursos tecnológicos de apoyo diagnóstico y terapéutico. Se trata de un conjunto de procedimientos definidos por decreto (4.762/03) y que integran el Sistema de Información Ambulatoria del SUS (SIASUS): 1) procedimientos especializados realizados por profesionales médicos, otros de nivel superior y nivel medio; 2) cirugías ambulatorias especializadas; 3) procedimientos traumato-ortopédicos; 4) acciones especializadas en odontología; 5) patología clínica; 6) anatomopatología y citología; 7) radiodiagnóstico; 8) exámenes por ultrasonido; 9) diagnóstico; 10) fisioterapia; 11) terapias especializadas; 12) prótesis y órtesis; 13) anestesia.

La alta complejidad corresponde a procedimientos que incluyen alta tecnología y/o alto costo. Son ejemplos de procedimientos de alta complejidad: traumatología-ortopedia, cardiología, terapia renal sustitutiva y oncología. Las principales áreas están organizadas en redes, como las de cirugías cardíacas y de atención oncológica.

Una de las críticas realizadas a la denominación de MAC se refiere a la equivocación de considerar la atención básica como si fuera de baja complejidad. Por lo tanto, no se debe confundir complejidad tecnológica con *densidad tecnológica*, derivada del uso de equipos sofisticados y caros que significa, en realidad, cierta densidad de capital. Un cuidado a un problema emocional y una visita domiciliaria a una familia con una víctima de violencia doméstica pueden ser tecnológicamente más complejos que una fisioterapia o un procedimiento de traumatología-ortopedia.

Aun así, a través de un instrumento de planificación denominado Programación Pactada Integrada (PPI), utilizado anualmente bajo la coordinación de las secretarías de salud de los estados, se busca racionalizar el uso de los recursos asistenciales. Cuando el municipio no posee todos los servicios de salud, este pacta (negocia y acuerda) con las demás ciudades de su región la forma de atención integral a la salud de su población.

Sin embargo, la sigla MAC no es solo un listado de actos técnicos. Es también una forma de remunerar a los prestadores que rememora el pago por unidad de servicios (US) de los tiempos del Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previsión Social. Si en aquella época se denunciaba a la US como un “factor incontrolable de corrupción”, actualmente se puede alertar que el pago por procedimientos estimula la producción de aquellos servicios e intervenciones mejor remunerados, dejando en segundo plano la atención básica y las consultas médicas del primer nivel de atención como si estas no presentaran complejidad tecnológica. Contribuye a producir distorsiones en las prácticas de salud, además de contradecir principios y directrices del SUS. Así, establece la remuneración de cada procedimiento ambulatorio y hospitalario en el SUS. Para recibir los fondos por los servicios prestados al SUS, las instituciones contratadas o por convenio emiten una factura basada en la Tabla de Procedimientos del SUS.

Gestión participativa

Desde la perspectiva asistencial, si aún persiste cierta herencia del Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previsión Social en el SUS, los vetos presidenciales a la Ley 8080/90 alcanzaron especialmente a los aspectos referentes

a los recursos financieros y a la participación social. Para sortear esos obstáculos fue sancionada la Ley 8142/90, fruto de un proceso de negociación entre los representantes de la sociedad, los parlamentarios, los gestores y el gobierno federal. Esta ley pasó a regular las *transferencias intergubernamentales de recursos financieros en el área de salud* entre la Unión, los estados, los municipios, como también la participación de la comunidad en la gestión del SUS.

Esta ley establecía el Fondo Nacional de Salud, con recursos para desembolso e inversiones, e imponía para el traspaso regular y automático la existencia de las siguientes condiciones en los estados, el Distrito Federal y los municipios: fondo de salud (en los estados y municipios); consejo de salud, con composición paritaria, o sea, la mitad de los representantes de los usuarios y la mitad de los representantes de los prestadores y trabajadores del SUS; plan de salud; informes de gestión; contrapartida de recursos para la salud en el respectivo presupuesto; y comisión para la elaboración del plan de carrera, cargos y salarios.

Los fondos de salud son instrumentos de gestión de los recursos destinados al financiamiento de las acciones y servicios públicos de salud existentes en las tres esferas de poder. Son responsables de recibir y transferir los recursos financieros (oriundos de la Unión, los estados y los municipios) destinados a las acciones y servicios de salud. Integran una cuenta bancaria que incluye todos los recursos a ser utilizados en aquellas acciones y servicios, que deben ser administrados por el gestor del SUS de cada municipio, de los estados y a nivel federal.

El “plan de salud”, según la Ley 8142/90, corresponde a un documento que orienta la acción de los gestores e informa a la población sobre lo que pretende realizar el SUS en las tres esferas de gobierno en un tiempo determinado. Tiene, por lo tanto, un sentido diferente a los “planes de salud” vendidos en el mercado por operadoras del sector salud suplementario que constituyen *planes privados de asistencia a la salud*. Los planes de salud de los municipios, los estados y el nacional, como documentos técnicos de planificación, están compuestos por capítulos que contemplan el análisis de la situación de salud, los objetivos, las directrices, las metas, las estrategias, y los mecanismos de monitoreo y evaluación.

El “informe de gestión” (art. 4) representa un medio para el Ministerio de Salud de comprobar la aplicación de los recursos transferidos a los estados y a los municipios y se refiere al resultado de la programación establecida anteriormente.

Finalmente, el plan de carrera, cargos y salarios es un conjunto de principios y directrices que orientan el ingreso e instituyen oportunidades y estímulos para el desarrollo personal y profesional de los trabajadores, con el

objetivo de contribuir a la calificación de los servicios prestados. Sin embargo, han sido pocas las iniciativas para concretar esta medida.

Con respecto a la participación de la comunidad en la gestión, se instituyeron las instancias colegiadas del SUS “en cada esfera de gobierno, sin perjuicio de las funciones del Poder Legislativo” (art. 1): la Conferencia de Salud y el Consejo de Salud.

La Conferencia de Salud debería ser convocada cada 4 años para evaluar la situación de salud y proponer las directrices para la formulación de la política de salud en los niveles correspondientes. Por lo tanto, no le corresponde a esta instancia formular políticas, sino proponer directrices para tal formulación, teniendo en cuenta el análisis de la situación de salud. Les compete a los gobiernos democráticamente electos formular las políticas de salud.

Ya el Consejo de Salud tiene un carácter permanente y deliberativo, le compete actuar en la formulación de estrategias y en el control de la ejecución de la política de salud, incluso en los aspectos económicos y financieros. No obstante, sus decisiones deben ser homologadas por el jefe del poder legalmente constituido, en cada esfera de gobierno. En el ámbito municipal, las políticas son aprobadas por el Consejo Municipal de Salud (CMS); en el ámbito de los estados, son negociadas y pactadas por la Comisión de Intergestores Bipartita (CIB), compuesta por los representantes de las secretarías de salud de los municipios y la secretaría de salud del estado y deliberados por el Consejo de Salud del Estado (CES), compuesto por diversos segmentos de la sociedad: gestores, usuarios, profesionales, entidades de clase, etc.; y, por último, en el ámbito federal, las políticas del SUS son negociadas y pactadas en la Comisión de Intergestores Tripartita (CIT), compuesta por representantes del Ministerio de Salud, de las secretarías de salud de los municipios y las secretarías de salud. En el ámbito federal está además el Consejo Nacional de Salud (CNS), compuesto por representantes del gobierno, prestadores de servicios, profesionales de salud y usuarios que, entre otras atribuciones, aprueba los acuerdos establecidos en la CIT.

Cabe mencionar que por más importantes que sean estas instancias de participación y mecanismos de control social en el SUS, vinculadas al Poder Ejecutivo, no pueden pasar por sobre las prerrogativas del Poder Legislativo. Por eso, en el primer artículo de la Ley 8142/90 se advierte: “sin perjuicio de las funciones del Poder Legislativo”. Por lo tanto, en el caso de que las conferencias y los consejos de salud abusaran de sus atribuciones definidas por ley, tiende a prevalecer la voluntad legítimamente expresada en los votos, sea del Congreso Nacional, de las Asambleas Legislativas o de la Cámara de Concejales.

La implementación del Sistema Único de Salud

La grave crisis económica experimentada en el país a fines de la década de 1980 y en la primera mitad de los años 1990, como también la ejecución de políticas de ajuste macroeconómico por parte de los gobiernos, representaron desde entonces un ambiente bastante adverso para la implementación del SUS, un sistema de salud de carácter universal y de naturaleza pública.

Poco después de que la Constitución proclamara la salud como derecho de todos llevando al sistema público de salud a incorporar a un tercio de la población desasistida, el gobierno federal redujo a la mitad el gasto en salud. Esto produjo una falta de inversión en la red pública de servicios de salud, en recursos humanos, en ciencia y tecnología, además de recursos para el costeo y mantenimiento de los servicios existentes.

En este contexto, creció un segmento del mercado denominado *salud suplementaria*, que incluye las modalidades asistenciales ya referidas como los planes médicos privados, las cooperativas médicas, los planes de autogestión y los seguros de salud. Tales modalidades constituyeron un subsistema de servicios de salud reconocido como Sistema de Asistencia Médica Supletoria (SAMS) que vende en el mercado productos denominados “planes de salud”. En consecuencia, a pesar de que la Constitución y las leyes se refirieran a un sistema único, en realidad existen otros sistemas de salud en Brasil volcados hacia el mercado, que compiten con el SUS y hacen más compleja la relación público-privado: el sector de *salud suplementaria* y el *sistema de desembolso directo (SDD)*, ya referidos.

A inicios de la década de 1990 muchos estados y municipios no se encontraban en condiciones de ejercer, plenamente, las competencias y atribuciones establecidas en esas leyes. Por otro lado, el gobierno federal se resistía al financiamiento del SUS, mediante el traspaso regular y automático de recursos para las demás esferas de gobierno. Frente a este cuadro, la construcción del SUS recurrió a un conjunto de resoluciones denominadas “normas operacionales”: NOB-91; NOB-93, NOB-96, NOAS-2000 y NOAS-2002.

No nos interesa mucho en este libro analizar el contenido de estos instrumentos de políticas de salud. Esas normas tuvieron cierta importancia en la historia del SUS para movilizar el interés de gestores, técnicos y estudiosos del tema, aunque fueron ignoradas de un modo general por la opinión pública, los medios de comunicación, los políticos, los empresarios y por la población. Para el ciudadano importa más la atención que recibe en el SUS que los mecanismos de organización, gestión, gerencia y de transferencia de recursos financieros. Esos aspectos son solo medios para alcanzar los fines, o

sea, una atención de calidad y oportuna y una mejora del estado de salud de las personas y de la colectividad.

Esas normas fueron actualizadas durante más de quince años para viabilizar la política de descentralización en el SUS y en 2006 se tradujeron en un nuevo instrumento que se acordó en llamar Pacto por la Salud. Se trata de una manera de establecer responsabilidades sanitarias con metas, atribuciones y plazos acordados, buscando superar la descentralización tutelada por el gobierno federal, con vistas a la constitución de un SUS solidario entre las tres esferas de gobierno. En vez de que cada estado utilizara el pretexto de una supuesta “crisis de identidad” frente a la descentralización de las acciones y servicios de salud hacia los municipios, cabría profundizar sus responsabilidades ante el SUS, en colaboración con las esferas municipal y federal. Aun así, muchos de los artículos que integran la legislación, como por ejemplo el de la acción supletoria de los estados frente a las dificultades técnicas y financieras de muchos municipios, todavía no fueron integralmente contemplados en la implementación del SUS.

En síntesis, fueron tantas las normas y resoluciones que produjo el Ministerio de Salud que este llegó al punto de crear una Comisión Permanente de Consolidación y Revisión de Actos Normativos para elaborar una especie de CLT (Consolidación de las Leyes de Trabajo) del SUS. Al ser aprobado el reglamento interno de esa Comisión en 2008 fue posible producir aquello que denominamos “Consolidación de las Resoluciones del SUS” (CPS).

Así, el ministro de Salud, considerando la necesidad de promover el proceso de conocimiento, identificación y valorización del Sistema Único de Salud por medio de la normatización infralegal, hizo publicar la Resolución 2048 del 3 de septiembre de 2009, aprobando el Reglamento del Sistema Único de Salud. Se trata de un instrumento político que contiene 790 artículos y 94 anexos que ocupan más de 150 páginas del Diario Oficial de la Unión. Si, para algunos, tal medida puede ilustrar un exceso de burocratización del SUS, para otros apunta a la complejidad de la gestión de un sistema de salud que tiene en cuenta las características del federalismo brasileño y las peculiaridades de la administración pública, históricamente notarial y centralizante.

El Ministerio de Salud, como gestor nacional del SUS, está formado por órganos subordinados y órganos vinculados. En el primer caso está representado por órganos de la administración directa, cuyas atribuciones fueron determinadas por el Decreto 5678 del 18 de enero de 2006. Además del Gabinete de Ministros, la Secretaría Ejecutiva y Consultoría Jurídica y el Departamento Nacional de Auditoría del SUS, cabe destacar las cinco secretarías responsables de las políticas, las acciones y los servicios de salud: 1) Atención a la Salud; 2) Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud; 3)

Gestión Participativa; 4) Vigilancia en Salud; 5) Ciencia, Tecnología e Insumos Estratégicos.

En el caso de los órganos vinculados, más allá de los colegiados (Consejo Nacional de Salud y Consejo de Salud Suplementaria) se destacan aquellos de la administración indirecta:

- a) Autarquías: Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (Anvisa) y Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS). La Anvisa normatiza, controla y fiscaliza productos, sustancias y servicios de interés para la salud. La ANS tiene como finalidad defender el interés público en la asistencia suplementaria a la salud (planes de salud), regulando las operadoras del sector.
- b) Fundaciones: Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz) y Fundación Nacional de Salud (Funasa). La Fiocruz desarrolla investigaciones y fabrica vacunas, medicamentos, reactivos y kits de diagnóstico. También presta servicios hospitalarios y ambulatorios, además de desarrollar actividades de enseñanza. La Funasa promueve acciones y servicios de saneamiento para la población brasileña, además de ser responsable de la promoción y protección de la salud de los pueblos indígenas.
- c) Empresa pública: Empresa Brasileña de Hemoderivados y Biotecnología (Hemobrás). Su objetivo es producir hemoderivados para el tratamiento de pacientes del SUS.
- d) Sociedad de economía mixta: Grupo Hospitalario Conceição (GHC). Está constituido por el Hospital Fémina y el Hospital Cristo Redentor. Atiende a la población de Río Grande do Sul.

Si incluso mencionáramos al Instituto Nacional del Cáncer (INCA) y al Instituto Nacional de Traumatología y Ortopedia CINTO), ambos situados en Río de Janeiro, además de los hospitales de referencia en cardiología y otras especialidades médicas, se constataría que el Ministerio de Salud aún posee unidades responsables de la prestación directa de servicios a la población, a pesar de la política descentralizante adoptada en las dos últimas décadas.

Las diversas visiones sobre el Sistema Único de Salud

En este momento de la lectura ya sabemos qué es el SUS, especialmente aquello que está establecido en las leyes y ciertos problemas en su implementación (CONASS, 2003a). Sin embargo, el nivel de conocimiento de la población acerca del SUS es muy escaso, según el Consejo Nacional de

Secretarios de Salud (CONASS). Una encuesta de opinión realizada en 2003 indicó que solo el 35% de los brasileños supieron citar, espontáneamente y con precisión, qué significa “SUS” (CONASS, 2003b).

Actualmente, si algún entrevistador les preguntara a las personas que pasan por la calle: ¿qué es el SUS?, las respuestas posiblemente serían de las más diversas. Algunas dirían que el SUS es la fila de los hospitales y puestos de salud. Otras citarían a las personas en las camillas de los corredores del servicio de urgencias esperando a ser atendidas. Muchas afirmarían que el SUS es atención para los pobres, aquellos que no tienen planes de salud, ni pueden pagar un médico particular. Algunas hasta reconocerían al SUS como un *plan de salud* de los pobres.

Si se les realizara esa misma pregunta a los médicos y dueños de hospitales y laboratorios, posiblemente responderían que el SUS paga mal. Para ellos no es el gobierno el responsable de tal pago, sino el SUS, una especie de sujeto más o menos oculto. Del mismo modo, si profesionales y trabajadores de la salud enfrentan pésimas condiciones de trabajo y de remuneración, como empleados públicos, tienden a culpar al SUS por tal situación. Ya los sindicalistas tal vez tendrían una visión más amplia y responsabilizarían a la política económica del gobierno, la forma en que el Estado brasileño trata a los trabajadores públicos y la falta de compromiso con la calidad de los servicios prestados.

Si se indagara a un intendente y a un político acerca de qué es el SUS probablemente responderían que es una suma insuficiente, transferida por el Ministerio de Salud a los estados y municipios. Indudablemente se quejarían de la burocracia para recibir el dinero, que no alcanzaría para pagar los medicamentos, los médicos, las ambulancias y los hospitales. Mencionarían que al ser tantas las enfermedades y las necesidades, no podrían hacer casi nada con los recursos recibidos.

Se podría argumentar que antes de existir el SUS ya había filas en el Instituto Nacional de Previsión Social y después en el Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previsión Social, además de aquellas de los puestos de salud. La atención de urgencias y emergencias en las guardias de los hospitales siempre parecieron una operación de guerra, con heridos, sufriendo y dolor por todos lados. En el pasado, muchos estudiantes de medicina llamaban a aquel cuadro “Guerra de Vietnam”. Pero estos argumentos no llegan a ser convincentes.

Antes del SUS y de los planes de salud ya había medicina para ricos y medicina para pobres, a pesar de que los médicos afirmen que trataban a los pacientes por igual. Desde aquella época los estudiantes y profesores aprendían medicina con los indigentes, pero aplicaban sus conocimientos en

aquellos que podían pagar por sus servicios. Llamaban “honorarios” al dinero que recibían como pago por su trabajo. Los indigentes, por lo tanto, eran atendidos por caridad o por el interés en la enseñanza y la investigación. El derecho a la asistencia médica antes del SUS era solo para los trabajadores con la libreta de trabajo firmada, siempre y cuando sobrarian recursos del pago de las jubilaciones y pensiones en las instituciones de la Previsión Social. Sin embargo, ni los más viejos se acuerdan de esta situación.

Desde el período del Instituto de Jubilación y Pensiones de los Comerciantes (IAPC) o del Instituto de Jubilación y Pensiones de los Industriales (IAPI), pasando por el Instituto Nacional de Previsión Social y el Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previsión Social, los médicos y los hospitales se quejaban del pago irrisorio por parte de la previsión, siempre comparándolo con lo que recibirían si los pacientes fueran particulares. Del mismo modo, la carencia de equipos y de material en los servicios públicos y los bajos salarios de los trabajadores, llamados peyorativamente *barnabés*³, anteceden en muchas décadas a la existencia del SUS. En este caso pareciera que hasta los medios de comunicación perdieron la memoria.

Los recursos transferidos por el gobierno federal a los estados y municipios siempre estuvieron por debajo de las necesidades de los ciudadanos, no solo en salud, sino también en educación, vivienda, saneamiento, cultura, etc. Las reformas tributarias anteriores no fueron suficientes para asegurar una distribución más equitativa de los recursos entre regiones, estados y municipios de Brasil. Y la Reforma Tributaria en trámite en el Congreso Nacional provocó mucha preocupación entre los que están atentos a la sustentabilidad económico-financiera del SUS, pero no motivó ni siquiera una acción articulada de gobernadores, intendentes y gestores que siempre se quejan de la falta de recursos para la salud.

Por lo tanto, todos los males mencionados anteriormente ya asediaban a la sociedad brasileña mucho antes de ser implementado el SUS. ¿Cómo algo que llegó tanto tiempo después puede ser la causa de tantos problemas? Al final, el SUS solo tiene dos décadas de vida. ¿Cómo puede ser responsable de tantas amarguras y sufrimientos del pueblo brasileño?

El SUS *no es* un simple medio de financiamiento y de transferencia de recursos federales hacia los estados, municipios, hospitales, profesionales y servicios de salud. *No es* un sistema de servicios de salud destinado solo a

³ Expresión utilizada en Brasil que proviene de *Bernabé*, nombre imaginario de un modesto empleado público mencionado en una samba del 1947 de Haroldo Barbosa y Antônio Almeida (*Novo Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa*; 2009).

los pobres e “indigentes”, por lo menos no es esto lo que se establece en la Constitución y en las leyes ni lo que fue propuesto por la Reforma Sanitaria Brasileña.

Claro que el SUS tiene muchos problemas, como analizaremos más adelante. Pero solo la falta de información, la mala fe, la ideología o los intereses contrariados justificarían tantas distorsiones en el análisis de la realidad, al punto de invertir las relaciones de causa y efecto. El SUS, en vez de ser solo problema o “causa” de tantos problemas, podría transformarse en soluciones. Pero para eso es necesario que se desarrolle de acuerdo con los principios y directrices ya discutidos.

Reconocemos que, no obstante, la legislación en vigor (Constitución, Ley 8080/90 y Ley 8142/90, normas y resoluciones), los gobernantes, los políticos, los profesionales y trabajadores de la salud, los estudiantes, los medios de comunicación y la población aún tienen visiones distintas y muchas veces distorsionadas sobre el SUS. Así, es posible identificar en las manifestaciones de estos actores sociales diferentes concepciones sobre el SUS: el “SUS para pobres”; el “SUS real”; el “SUS formal”; y el “SUS democrático”.

El “SUS para pobres” refleja la idea de que la salud pública es algo para pobres. Y para quien no tiene nada o muy poco, parece que cualquier cosa sirve. Así, prevalece la concepción de un sistema de protección social residual, basado en la asistencia de los que no pueden resolver sus problemas en el mercado. Bastaría, así, con una medicina simplificada para gente simple. Como máximo admite la atención básica para todos, pero no como un derecho de la ciudadanía.

Los defensores del “SUS real” incluso reconocen el derecho a la salud, como es posible observar en los discursos de muchos gestores. Pero, en la medida en que son rehenes de los ministros y secretarios del área económica de los gobiernos, del clientelismo político que prevalece en las instituciones públicas, se resignan y terminan favoreciendo al mercado del sector privado. Algunos llegan a proponer la “reforma de la reforma” o “la segunda reforma sanitaria” para adecuar mejor el sistema público a los poderosos de turno y a los intereses privados.

El “SUS formal” corresponde al que está establecido por la Constitución Federal, las constituciones de los estados, las leyes orgánicas, los decretos, las resoluciones, los pactos y reglamentos, aunque muy distante de la realidad de los servicios públicos en la que prevalece el “SUS real” y el “SUS para pobres”.

Finalmente, el “SUS democrático” fue diseñado por el proyecto de la Reforma Sanitaria Brasileña para asegurar el derecho a la salud de todos los brasileños, articulando la salud a una reforma social más amplia capaz de influir sobre los determinantes de la salud y de la enfermedad en las

poblaciones. Sin embargo, este es uno de los posibles procesos históricos que lucha por afirmarse. La posibilidad de ejercer una dirección política y cultural sobre otras concepciones va a depender de la constitución de nuevos sujetos sociales comprometidos con el avance del proceso de la Reforma Sanitaria.

La explicitación de estos diferentes modos de ver y entender el SUS es fundamental para que podamos superar las visiones más limitadas y reunir esfuerzos para una construcción del SUS con respaldo en la legislación, pero que pueda profundizar el proceso de democratización de la salud. Incluso con instrumentos jurídico-normativos controvertidos, el SUS trajo innovaciones muy importantes como el concepto ampliado de salud y el reconocimiento de su determinación social, la vigilancia y promoción de la salud, la receptividad, el enfoque de la reducción de daños, la acción sobre el territorio, entre otros. Tiene una perspectiva de diálogo y articulación con otros sectores del gobierno y de la sociedad para promover y proteger la salud de la población. Esa intervención innovadora, recomendada por diversos organismos y reuniones internacionales, se conoce como *acción intersectorial en salud*, también denominada “intersectorialidad”. En palabras más simples, significa trabajar más juntos para conseguir mejores resultados. En términos más abarcativos, puede resultar en la redefinición de los modos de formular y ejecutar las políticas públicas en el país.

Qué hace el Sistema Único de Salud

El SUS es solo una de las respuestas sociales a los problemas y necesidades de salud de la población brasileña. A su lado, las políticas económicas, sociales y ambientales son fundamentales para la promoción de la salud y para la reducción de riesgos y agravios. Las reformas sociales como la Reforma Agraria, la Reforma Urbana, la Reforma Educacional, la Reforma Política y la Reforma Tributaria constituyen intervenciones de amplio alcance que superan las posibilidades del SUS.

Aunque la denominación del SUS haga referencia al adjetivo “único”, el sistema de salud en Brasil no es único. Continúa segmentado y convive con los servicios de salud de otros ministerios e instituciones como por ejemplo los de los hospitales de las fuerzas armadas y de la Red SARAH de Hospitales del Aparato Locomotor. Esta red se sustenta fundamentalmente con recursos públicos y fue generada por la Asociación de las Pioneras Sociales, entidad del servicio social autónomo, de derecho privado y sin fines de lucro.

Además, están los planes de salud que componen el Sistema de Asistencia Médica Supletoria (SAMS), aunque bajo la regulación de la Agencia Nacional

de Salud Suplementaria (ANS), autarquía vinculada al Ministerio de Salud, gestor nacional del SUS. Están también los consultorios, las clínicas y los laboratorios que atienden pacientes particulares que pagan en el acto de la prestación del servicio. Técnicamente este sistema ha sido denominado Sistema de Desembolso Directo (SDD), pues el pago es realizado directamente del bolsillo del consumidor (cliente) al prestador (médico, dentista, psicólogo, psicoanalista, etc.), sin intermediarios, sea el gobierno, sean las empresas de los planes de salud.

El SUS hace muchas cosas que poca gente sabe. Algunos números son necesarios para ilustrar su magnitud. Sus cifras están presentes en las casas de miles, millones, o incluso miles de millones de usuarios. En efecto, realiza en el año cerca de 2,8 miles de millones de procedimientos; 11,3 millones de internaciones hospitalarias; 619 millones de consultas; 2,5 millones de partos (normales y cesáreas); 3,2 millones de cirugías; 211 mil cirugías cardíacas; 9,9 millones de terapias renales sustitutivas, y es responsable del 97% de la oferta para pacientes renales crónicos (hemodiálisis); 1 millón de tomografías; 12 mil trasplantes (más del 95% de los trasplantes realizados en Brasil); 150 millones de inmunizaciones; 422 millones de exámenes bioquímicos y anátomo-patológicos; 58 millones de fisioterapias; 244 millones de acciones odontológicas; 3,7 millones de órtesis y prótesis; 28 millones de acciones de vigilancia sanitaria; y 9 millones de exámenes por ultrasonido.

Todo es muy grande en el SUS. Es uno de los mayores sistemas públicos de salud del mundo y desarrolla una de las propuestas de atención primaria de salud de mayor alcance a través del Programa de Salud Familiar (PSF).

La *salud familiar* fue estructurada por el Ministerio de Salud a partir de 1994, a través del PSF. Busca la integración de las acciones preventivas y curativas de 600 a 1.000 familias por cada territorio definido, contando con el trabajo de equipos constituidos, básicamente, por médico, enfermera, auxiliares de enfermería y agentes comunitarios de salud (ACS).

El agente comunitario de salud vive en la comunidad en la que actúa y es un personaje clave del Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS), vinculado a la Unidad de Salud Familiar (USF). Él vincula al equipo con la comunidad, destacándose por la comunicación con las personas y por su liderazgo natural. Es un eslabón cultural del SUS con la población y su contacto permanente con las familias facilita el trabajo de vigilancia y promoción de la salud. (Ministério da Saúde, 2006, p. 18)

La Política Nacional de Atención Básica, formalizada en 2006, propone que el PSF sea utilizado como una estrategia para la reorganización de la

atención básica. Con una cobertura poblacional de apenas el 4,4% en 1998, el PSF abarcó al 37,9% de la población en 2004. En junio de 2009 ya se habían implementado 29.678 equipos en 5.229 municipios, cubriendo la mitad de la población brasileña. A través del Programa de Expansión y Consolidación de la Salud Familiar (PROESF) se esperaba alcanzar al 60% de la población brasileña en 2010. En junio de 2009 había 229.572 agentes comunitarios de salud (ACS) en 6.336 municipios, alcanzando el 60% de cobertura. Además, la implementación de la Política Nacional de Salud Bucal posibilitó conformar hasta aquel mes 18.200 equipos de salud bucal en 4.638 municipios, cubriendo más del 40% de la población.

Sin embargo, el PSF se ha consolidado solo en los municipios de pequeño porte y con poca o ninguna capacidad instalada de servicios de salud, lo que sirvió para expandir la cobertura de los servicios de salud. Las mayores dificultades de consolidación se verifican en las capitales y grandes centros urbanos, con la exclusión de gran parte de la población de los servicios de salud, con perfiles complejos de salud-enfermedad y redes asistenciales desarticuladas. Incluso las unidades de salud familiar han experimentado problemas similares a los servicios de salud convencionales, presentando dificultades para enfrentar nuevas cuestiones planteadas a la promoción de la salud, la prevención de daños y riesgos y el cuidado integral, incluyendo los aspectos psicosociales.

Se han realizado diversos estudios para evaluar el PSF, que contribuyen a la reorientación del sistema de salud y al cambio en las formas de atención. Se han logrado avances en lo referente a la realización de actividades destinadas al *control de riesgos y de daños*, y en menor escala al *control de las causas* de los problemas de salud. Se ha obtenido un impacto en la reducción de la mortalidad infantil en torno del 20%. Sin embargo, aún persisten barreras organizacionales en la atención básica tales como la entrega de turnos en la madrugada, métodos autoritarios de selección y clasificación de pacientes y el largo tiempo de espera para la consulta incluso en municipios con gestión plena del sistema.

La organización del sistema ha buscado avanzar en la regionalización de la red de servicios, pero uno de los mayores desafíos para el SUS reside en la reestructuración del modelo de atención, particularmente en lo concerniente a la equidad, calidad, humanización e integralidad de la atención. Algunas propuestas alternativas han sido objeto de institucionalización como la *vigilancia de la salud*. Esta se apoya en la acción de diversos sectores del gobierno en un territorio determinado (barrio, distrito, ciudad) y procura reorganizar las prácticas de salud en el nivel local con las siguientes características: a) intervención sobre problemas de salud (daños, riesgos y determinantes); b)

énfasis en problemas que requieren atención y seguimiento continuos; c) adopción del concepto de riesgo; d) articulación entre acciones promocionales, preventivas y curativas; e) actuación intersectorial; f) acciones sobre el territorio; g) intervención bajo la forma de operaciones.

Ciertos municipios han asimilado las características de *vigilancia de la salud*, además de priorizar el vínculo entre las familias y los equipos de salud en el sentido de mejorar la accesibilidad y la receptividad de los usuarios del SUS. En la medida en que el PSF trabaja junto con las vigilancias, integrando sus prácticas, se han observado grandes avances, según los ejemplos divulgados por la *Revista Brasileira de Saúde da Família* en diciembre de 2007: control de la tuberculosis en Recife, diagnóstico precoz de la tuberculosis en Roraima, con una búsqueda activa de casos; prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en Sorocaba; control de la lepra en Goiânia: redes locales de protección contra la violencia en Curitiba; combate a la malaria en Acre y en el Amazonas a través de los agentes comunitarios de salud y control del dengue en Ibitiré (MG) y Diadema (SP); ampliación de la cobertura y homogeneidad entre las áreas para la vacunación.

El SUS es también responsable del Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI), una de las más exitosas estrategias de vacunación reconocidas por la Organización Mundial de la Salud y por investigadores internacionales. El PNI ha alcanzado elevadas coberturas de vacunación, como las observadas en 2005: poliomielitis (97,8%); vacuna tetravalente (95,3%); BCG intradérmica (100%); hepatitis B (91,3%); triple viral (99,7%); gripe en los adultos mayores (83,9%). Con el SUS, el programa aseguró la erradicación de la poliomielitis, la eliminación del sarampión y, posiblemente, de la rubeola, además de la drástica reducción del tétano, difteria y coqueluche.

Más allá del reconocimiento del PNI en el exterior, Brasil ha sido considerado un referente tanto en el programa control de ETS/sida como en el control del tabaquismo, de la prevención al tratamiento, incluyendo la distribución de medicamentos. Proporciona asistencia integral y gratuita a la población, incluso a pacientes HIV positivos (sintomáticos o no), renales crónicos y cáncer.

El SUS estableció una Política Nacional de Medicamentos desde 1998, ampliando la asistencia farmacéutica mediante la utilización de la Referencia Nacional de Medicamentos Esenciales (RENAME), la producción de genéricos, la farmacia popular y la garantía de terapias de alto costo, basada en protocolos clínicos. La asistencia farmacéutica “abarca todas las etapas del abastecimiento de medicamentos, desde la atención ambulatoria/hospitalaria hasta la provisión de los remedios para el tratamiento prescrito por el médico responsable” (Ministério de Saúde, 2006, p. 18).

Dependiendo del acuerdo de cada región, las secretarías de salud de los estados y municipios son las que adquieren los medicamentos básicos. La insulina humana y los denominados medicamentos estratégicos -incluidos en programas específicos, como Salud de la Mujer, Tabaquismo, y Alimentación y Nutrición son adquiridos por el Ministerio de Salud. Ya los medicamentos excepcionales (aquellos considerados de alto costo o para tratamientos prolongados, como para postransplantados, síndromes e insuficiencia renal crónica) son adquiridos por las secretarías de salud y el reintegro se efectúa mediante la comprobación de entrega al paciente. En promedio, el gobierno federal transfiere el 80% del valor de los medicamentos excepcionales, dependiendo de los precios conseguidos por las secretarías de salud en las licitaciones. Los medicamentos para ETS/sida son comprados por el ministerio y distribuidos para las secretarías de salud. (Ministério da Saúde, 2006, p. 6)

De este modo, se les garantiza el acceso a los medicamentos y tratamientos a cerca de 184 mil personas que están viviendo con el virus HIV. En este sentido, el SUS viabiliza la adquisición y la fabricación de los medicamentos necesarios, remitiendo al gobierno federal las indicaciones para la suspensión de patentes de algunos de estos medicamentos cuyas empresas insisten en aplicarles precios más elevados que en otros países.

En lo referente a la salud mental, hasta octubre de 2008, el SUS disponía de más de 1.291 Centros de Atención Psicosocial (CAPS) para atender a las personas con trastornos mentales que vivieran en las proximidades, evitando internaciones en hospitales psiquiátricos. Los 2.594 pacientes que fueron separados de sus familias por muchos años en los hospitales psiquiátricos, pasaron a vivir en más de 502 servicios residenciales terapéuticos. Según el Ministerio de Salud:

...el Servicio Residencial Terapéutico (SRT), residencia terapéutica o simplemente 'vivienda' son casas localizadas en el espacio urbano, constituidas para responder a las necesidades de vivienda de personas con trastornos mentales graves, institucionalizadas o no. El número de usuarios puede variar desde un individuo hasta un pequeño grupo de ocho personas, que deberán contar siempre con soporte profesional. Este soporte de carácter interdisciplinario (sea el CAPS de referencia, sea un equipo de atención básica, sean otros profesionales) debe tener un proyecto terapéutico propio, basado en algunos principios y directrices: estar centrado en las necesidades de los usuarios; tener como objetivo central la contemplación de los principios de la rehabilitación psicosocial, ofreciendo al usuario un amplio proyecto de reintegración social por medio de programas de reinserción laboral, de movilización de recursos comunitarios, de

autonomía para actividades domésticas y personales, y de estímulo a la formación de asociaciones de usuarios, familiares y voluntarios; respetar los derechos del usuario como ciudadano y como sujeto en condición de desarrollar una vida con calidad e integrada al ambiente comunitario. Este proyecto deberá considerar la singularidad de cada uno de los habitantes, y no solo los proyectos y las acciones basados en el colectivo de habitantes. El seguimiento de un habitante debe continuar, incluso si se muda o si eventualmente es hospitalizado. El proceso de rehabilitación psicosocial debe buscar de un modo especial la inserción del usuario en la red de servicios, organizaciones y relaciones sociales de la comunidad. O sea, la inserción en un SRT es el inicio de un largo proceso de rehabilitación que deberá buscar su progresiva inclusión social. (Ministério da Saúde, 2004a, p. 6)

Así tales residencias no son precisamente servicios de salud, sino espacios habitacionales que deben posibilitar, a las personas con sufrimiento mental, el retorno o incluso el inicio a la vida social, usufructuando un espacio que sea suyo por derecho, no transformándolo en un lugar de tratamiento, una clínica, o hasta de exclusión, contención o encierro. Es un espacio de reconstrucción de lazos sociales y afectivos para aquellos cuyas vidas se encontraban confinadas al universo hospitalario.

En la misma línea de la reforma psiquiátrica, más de 1.113 ex internos pasaron a convivir con sus familias, las que recibieron el apoyo del programa De Regreso a Casa, a través de subsidios. Este programa provee apoyo y rehabilitación psicosocial para la asistencia, seguimiento e integración social, fuera de la unidad hospitalaria, de personas afectadas por trastornos mentales con larga historia de internación psiquiátrica. Responde a un dispositivo de la Ley 10216/01 que determina que los pacientes que han estado mucho tiempo hospitalizados, o para aquellos que se caractericen por una situación de dependencia institucional grave, sean objeto de políticas específicas de alta planificada y rehabilitación psicosocial asistida. La estimación es que 14.000 personas participen del programa.

El SUS dispone de un Sistema de Información Hospitalaria (SIH/SUS) que representa el mayor conjunto del mundo de procedimientos ejecutados en el hospital pagados por un mismo financiador. Posee una red de *bancos de sangre* técnicamente denominados *hemocentros*, además de diversos institutos y centros de investigación. Desarrolla acciones de comunicación y educación en salud, formando trabajadores y profesionales, desde agentes comunitarios de salud hasta doctorados. Hay miles de cursos y entrenamiento, como también centenas de especializaciones, residencias, maestrías y doctorados.

Con el SUS aumentó el número de empleos en salud, con importantes consecuencias en la economía. Solo en el sector público pasó de 736 mil en

1992 a 1,5 millón en 2005, lo que corresponde a un incremento del 96,9%. Si se considera desde el año 1980 (antes del SUS) hasta 2005 creció un 445%, de los cuales el 69% son empleos municipales.

Se elevó también la producción científica en salud colectiva, con la publicación de disertaciones, tesis, trabajos finales de cursos y premios, además de la realización de congresos y muestras con miles de participantes. Cerca de 4.500 trabajos científicos fueron presentados en la Muestra Nacional de Salud Familiar, en Brasilia, en agosto de 2008.

El SUS ha alcanzado importantes resultados, más allá del desarrollo de programas y de la producción de servicios. La descentralización de la gestión del sistema avanzó al alcanzar la totalidad de los estados y municipios brasileños. La participación de la comunidad se hace efectiva mediante conferencias y consejos de salud. El financiamiento, aunque insuficiente e irregular para el costeo y prácticamente inexistente para la inversión, obtuvo una relativa estabilidad a partir de 2000, con la aprobación de la Enmienda Constitucional N°29. La infraestructura, no obstante las restricciones de financiamiento que no acompañaron el crecimiento de la población ni de la demanda de los servicios, ha conseguido cierta expansión a nivel municipal. Los recursos humanos han sido ampliados, especialmente a través del Programa de Salud Familiar (PSF).

Las encuestas de opinión y los estudios epidemiológicos realizados en los últimos años reflejan parte de esos problemas. Así, el CONASS encomendó una encuesta de opinión sobre salud en 1998 y 2002. En 1998 solo el 25% de los entrevistados sabían el significado de la sigla SUS, alcanzando al 35% en 2002. En este año, la investigación reveló que la salud era considerada el principal problema de la población (24,2%), seguida por el desempleo (22,8%), la situación financiera (15,9%) y la violencia/inseguridad (14%). En el caso del SUS, los principales problemas señalados eran las filas de espera para las consultas (41,3%), los exámenes (14,4%) y la internación (7,5%) (CONASS, 2003b).

Según este relevamiento, más del 90% de las personas fueron consideradas usuarias del SUS: el 61,5% correspondían a usuarios que, además del SUS, utilizaban otras modalidades “no SUS” y el 28,6% eran usuarios exclusivos del SUS. Solo el 8,7% de la población fue reconocida como no usuaria del SUS. Aun así, es posible que esa idea de usuario se restrinja a los servicios médico-hospitalarios. En realidad, prácticamente todos los niños y niñas brasileños son vacunados por el SUS, en campañas o en la rutina de las unidades de salud. Las familias solo deben adquirir en clínicas particulares aquellas vacunas que no se incluyan en el calendario de inmunización del SUS. Pero toda la población está protegida por el SUS a través de la vigilancia epidemiológica, desde el combate al dengue hasta la intervención organizada

para enfrentar la gripe aviar (2005) y la influenza A (H1N1), en 2009. De la misma forma, los alimentos que consumimos, las cremas dentales, los medicamentos y otros productos y servicios de interés para la salud son inspeccionados y controlados por la vigilancia sanitaria. Por lo tanto, no es exagerado afirmar que todos los brasileños usan el SUS, ya sea de forma más amplia o restringida, pero lo usan.

En la misma investigación se observó que el 22,3% de los entrevistados tenía acceso a “planes de salud” y que la mayoría estaba satisfecha. Los usuarios exclusivos del SUS presentaban una evaluación más positiva (el 45,2% reconocía que el SUS funcionaba bien o muy bien). Más aún: el 32% de los entrevistados admitía que el SUS había mejorado en los últimos años, contra el 14% que consideraba que había empeorado. Así, las actividades asistenciales fueron evaluadas positivamente por el 37,1% de los entrevistados mientras que el funcionamiento de las actividades de prevención fue considerado como bueno o muy bueno por el 61,2%.

En el caso del PSF, la mayoría de los residentes en domicilios registrados en el programa se declaró satisfecha o muy satisfecha, llegando al 80% en la Región Sur. Cabe destacar que, al comparar estos resultados con la investigación de 1998, el SUS se hizo más conocido entre los brasileños y se redujo del 32% al 14% el porcentaje de entrevistados que opinaban que el SUS estaba empeorando.

Situación actual del sistema de servicios de salud en Brasil

El SUS constituye una política pública destinada a asegurar el derecho a los servicios de salud para todos y es la única posibilidad de atención para más de 140 millones de brasileños. En 2009, el Sistema de Asistencia Médica Supletoria registró 41,4 millones de beneficiarios de planes de asistencia médica y 11,3 millones de planes odontológicos. Todos estos individuos, en determinadas situaciones, también recurren al SUS. Tanto el Sistema de Asistencia Médica Supletoria como la medicina liberal y empresarial no vinculadas al SUS están subsidiados por el gobierno federal a través de exenciones impositivas, lo que permite la deducción de gastos médicos en el impuesto a las ganancias de personas físicas y jurídicas.

En 2002, había en Brasil un total de 40.977 unidades ambulatorias y 7.397 hospitales. Mientras que el 76% de las primeras eran públicas, el 65% de los hospitales eran privados. De este total, prestaban servicios al SUS 32.426 unidades ambulatorias (95% públicas y 5% privadas) y 5.933 hospitales (42% públicos y 58% privados). Se puede constatar una concentración del sector

privado en la asistencia hospitalaria de modo que, entre las 439.577 camas disponibles para el SUS, el 63% se contrataban en el sector privado.

En la composición del gasto total en salud verificado en 2003 (R\$ 85,16 miles de millones), el 42,01% correspondía al gasto público, el 21,34% representaba el gasto privado en planes y seguros de salud y el 37,65% constituía el gasto privado directo de las familias. A diferencia de los países europeos en los que más del 60% de los gastos en salud son públicos, en Brasil la situación es inversa, justamente donde el SUS atiende en forma directa por lo menos al 75% de la población.

Mientras los planes y seguros privados de salud cubren apenas el 25% de la población, disponen de una oferta del 67% de los médicos, del 65,5% de los hospitales y del 71% de los servicios de diagnóstico y terapia, presentando una estimación de gastos *per cápita* de R\$ 819,00 en 2004 (facturación de R\$ 27,015 miles de millones).

Por lo tanto, a pesar de los esfuerzos de racionalización y democratización del sistema de salud brasileño en las dos últimas décadas, persiste la segmentación, la duplicación de esfuerzos y el desperdicio de recursos, con la consecuente insatisfacción de los ciudadanos, de los profesionales y demás trabajadores del sector. Muchos hospitales crearon dos puertas de entrada: una para los clientes de “planes” y seguros de salud y otra solo para los usuarios del SUS. Además, el trabajo médico *part time* en el sector público y el flujo de clientes de planes de salud, cuyos contratos dificultan coberturas para determinados procedimientos remunerados por el SUS, refuerzan las desigualdades en la oferta de servicios y en la accesibilidad de la población.

En 2003, se realizó en Brasil el estudio epidemiológico Pesquisa Mundial de Saúde 2003: O Brasil em Números, que formó parte de la *Encuesta Mundial de Salud* coordinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que incluyó a 71 países. Los resultados de la investigación apuntan a la percepción de los brasileños en cuanto a su salud y a la atención que reciben en el sistema público y en el privado.

Entre los entrevistados, el 9% consideró su salud como “mala” o “muy mala”. El 38% evaluó su salud como “regular” y el 53% la evaluó como “buena” o “muy buena”. En este estudio la peor percepción de salud fue entre los adultos mayores, las mujeres y los de más bajo nivel socioeconómico.

Entre los problemas de salud, llama la atención el hecho de que el 26% de las personas registraran alteraciones graves en el estado de ánimo (tristeza, depresión, preocupación y ansiedad), seguidos de malestar físico o dolores en el cuerpo y dificultades en el sueño, cada uno con una frecuencia del 18%. Después aparecen dificultades de concentración y memorización (14%), en la visión (10%) y en la sociabilidad (10%).

Cabe observar que muchos de esos problemas no son captados por los indicadores de salud convencionales y, sin embargo, son los que parecen comprometer más el bienestar de las personas. Además, el 28,7% afirmó la presencia de alguna enfermedad de larga duración o incapacidad, y de ese grupo el 19,5% sufría limitación de sus actividades. Así, el 19,3% de los entrevistados informó que ya tuvo diagnóstico de depresión, el 12,1% de asma, el 10,6% de artritis, el 6,7% de angina y el 6,2% de diabetes. En el caso de la salud bucal, el 14,4% ya perdió todos los dientes, siendo mayor la proporción entre los de menor nivel socioeconómico, las mujeres y los más viejos.

Como factores de riesgo presentes entre los entrevistados, se destacan la obesidad (el 10% son obesos y el 28,5% tiene sobrepeso), el sedentarismo (el 24% señaló menos de 150 minutos de actividad física por semana), el tabaquismo (18,1%, con una proporción menor entre los más jóvenes) y el alcohol (14,8%, con una proporción mayor entre los hombres, los de mejor nivel socioeconómico y los más jóvenes).

En lo referente a la asistencia, solo el 2,7% afirmó que no consiguió ser atendido la última vez que lo necesitó. Este es un resultado impresionante, pues cuando recordamos las críticas frecuentes difundidas por los medios de comunicación contra el SUS es interesante constatar que casi el 98% de la población que requirió de servicios de salud fue atendida por el sistema. De los individuos que recibieron algún tipo de cuidado de salud, sin internación, en el año anterior a la investigación, el 60% utilizó el SUS, el 21% el “plan de salud” y el 19% pagó directamente la atención. Entre los usuarios del SUS, el 24% se quejó por la no disponibilidad de medicamentos, el 12% por la inadecuación de los equipos y el 10% por incapacidad del profesional de salud.

En la evaluación de la atención ambulatoria, el índice medio de evaluación fue de 77, variando entre 70 en los usuarios del SUS y 89 en los que tenían planes de salud. En el caso de la asistencia hospitalaria, el 71% fue internado a través del SUS, el 22,5% por el “plan de salud” y el 6,5% por desembolso directo. Más del 90% de los usuarios consiguió la internación en menos de un día, tanto en el caso del SUS, como en los “planes de salud”. El índice medio de evaluación de la asistencia hospitalaria fue de 73, variando de 68 para los usuarios del SUS y 88 para los de planes de salud. Así, la evaluación global de la asistencia de salud en el país indicó que el 58% de los entrevistados estaban insatisfechos y solo el 27% satisfechos. Esta insatisfacción es discretamente mayor entre las mujeres y es tanto mayor cuanto mejor sea el nivel de instrucción. Entre los que tienen “planes de salud” el porcentaje de insatisfacción alcanza al 72%, llegando al 77,5% entre los que pagan mensualidades superiores a 200 reales.

Problemas del Sistema Único de Salud y la humanización de la atención

Las cuestiones referentes al acceso y a la calidad de las acciones y de los servicios de salud en el sistema de salud brasileño expresan los límites y distorsiones de los modelos de atención vigentes. Guardan una relación estrecha con los problemas referentes a la distribución desigual de la infraestructura del sistema de servicios de salud, especialmente el número de establecimientos y de trabajadores de salud. Tienen que ver, también, con problemas no resueltos en cuanto al financiamiento, la organización y la gestión del SUS. Revelan con toda crudeza cómo el poder público, de un modo general, y la iniciativa privada, en particular, tratan a los ciudadanos y consumidores de los servicios.

Como señalamos en otra oportunidad, este modelo de desatención se expresa en un caleidoscopio de malos tratos e incumplimiento del derecho a la salud: filas vergonzosas para la asistencia médica desde la madrugada o desde el día anterior; falta de consideración en las ventanillas de hospitales y las unidades de salud; desatención del personal de seguridad, recepcionistas, auxiliares y profesionales de salud ante personas fragilizadas por la edad avanzada, por el sufrimiento y por las enfermedades; corredores saturados de camillas en los servicios de urgencias; disputas por turnos para exámenes complementarios tantas veces innecesarios; largas esperas para la realización de una consulta o examen en bancos incómodos; “vía crucis” del paciente entre diferentes unidades de salud, médicos y especialistas; “cortejo fúnebre” de *vans* y ambulancias frente a los hospitales públicos de las capitales para el traslado de enfermos y familiares de otros municipios; pago por consulta y exámenes en clínicas particulares de la periferia a precios “módicos” o “por fuera” de los servicios del SUS; mercantilización de la enfermedad y del sufrimiento por parte de los “planes” de salud y los prestadores privados; discriminación de los usuarios del SUS en clínicas y laboratorios contratados o en hospitales universitarios y filantrópicos a través de la “doble entrada”: la mejor para los clientes particulares y usuarios de “planes de salud” y la más estrecha, oscura y desagradable para los usuarios del SUS, al igual que el confinamiento o internación de los pacientes del SUS en instalaciones de segunda categoría.

Este rosario de penas ha sido enunciado innumerables veces por los medios de comunicación, acentuando sus críticas al SUS. Las excepciones de costumbre sirven para fortalecer la regla general. Las variaciones en el acceso y en el consumo de servicios de salud expresan desigualdades en la calidad de la atención. Algunas investigaciones indican que los más pobres esperan más del doble de tiempo para ser atendidos (en promedio 82,52 minutos), mientras que los que disponen de un seguro de salud esperan la mitad del tiempo.

Los esfuerzos para la humanización de la atención, con prácticas receptoras en las unidades de salud, aun no fueron suficientes para cambiar el modelo de desatención vigente.

Humanizar la atención a la salud es valorizar la dimensión subjetiva y colectiva, en todas las prácticas de atención y de gestión del SUS, fortaleciendo el compromiso con los derechos de la ciudadanía, destacándose el respeto a las cuestiones de género, etnia, orientación sexual y a las poblaciones específicas (indígenas, quilombolas, ribereños, asentados, etc.). Es también garantizar el acceso de los usuarios a la información sobre salud, incluso sobre los profesionales que cuidan su salud, respetando el derecho a ser acompañados por personas de su red social (de libre elección). Es incluso establecer vínculos solidarios y de participación colectiva, por medio de la gestión participativa, con los trabajadores y usuarios, garantizando la educación permanente de los trabajadores del SUS. (Ministério da Saúde, 2009, p. 182)

En esta última década, se ha implementado la Política Nacional de Humanización de la Atención y Gestión del SUS (HumanizaSUS) que cuenta con un núcleo técnico con sede en Brasilia y un cuadro de consultores diseminados por Brasil que dan soporte a las actividades de cooperación para el desarrollo de los proyectos y las innovaciones en el modelo de atención y gestión del SUS en los estados, los municipios y las instituciones de salud. Para alcanzar los objetivos propuestos, el HumanizaSUS oferta a los gestores diversos dispositivos, entendidos como tecnologías o modos de implementar la humanización. Además, desarrolla y ofrece cursos, talleres y seminarios, certifica y divulga experiencias exitosas de humanización en el SUS. Produce incluso materiales educativos y de divulgación para la implementación de los dispositivos. Esta política se asienta en “los valores de autonomía y protagonismo de los sujetos involucrados, en la corresponsabilización entre ellos, en la solidaridad de los vínculos establecidos, en el respeto a los derechos de los usuarios y en la participación colectiva en el proceso de gestión” (Ministério da Saúde, 2004b, p. 8. Procura alcanzar cuatro objetivos específicos:

- 1) Reducir las filas y el tiempo de espera, ampliando el acceso y una atención receptiva y resolutive, basada en criterios de riesgo.
- 2) Informar a todos los usuarios quiénes son los profesionales que cuidan de su salud y cuáles son los servicios de salud responsables de su referencia territorial (o sea, cuáles son los servicios que deben atender a cada persona, preferentemente en el barrio en el que reside).

- 3) Garantizar a los usuarios, a través de las unidades de salud, información general sobre salud que incluya los derechos del código de los usuarios del SUS.
- 4) Garantizar, en las unidades de salud, educación permanente a los trabajadores y gestión participativa incluyendo a trabajadores y usuarios.

Diversos estudios y relatos de experiencias han señalado las posibilidades de cambio de estas iniciativas, aun frente a la escasez de recursos. Sin embargo, la discontinuidad administrativa por cuestiones político-partidarias y la rotación de profesionales y trabajadores de la salud producto de contratos de trabajo precarios, restringen las potencialidades de estas iniciativas.

Gestión y financiamiento del Sistema Único de Salud

De acuerdo con la legislación vigente, la gestión federal de la salud se realiza por medio del Ministerio de Salud. El gobierno federal es el principal financiador de la red pública de salud. Históricamente, el Ministerio de Salud invierte la mitad de todos los recursos que se gastan en el país. Los estados y municipios, en general, contribuyen con la otra mitad de los recursos. El Ministerio de Salud formula políticas nacionales de salud. Para la realización de los proyectos depende de sus socios (estados, municipios, ONG, fundaciones, empresas, etc.). También tiene la función de planificar, crear normas, evaluar y utilizar instrumentos para el control del SUS.

El gestor de cada estado debe invertir los recursos propios, incluso en los municipios, y los transferidos por la Unión. Además de ser una de las contrapartes para la aplicación de las políticas nacionales de salud, el estado formula sus propias políticas de salud. Coordina y planifica el SUS a nivel del estado, respetando la normativa federal.

El gestor municipal debe invertir los recursos propios y los transferidos por la Unión y por el estado. El municipio formula sus propias políticas de salud y también es uno de los socios para la aplicación de las políticas nacionales y estatales de salud. Coordina y planifica el SUS a nivel municipal, respetando la normativa federal y la planificación del estado. Puede asociarse con otros municipios para garantizar la atención plena de su población, para procedimientos de complejidad que estén por encima de aquellos que puede ofrecer.

A pesar de estas normas, algunos aspectos polémicos sobre el desarrollo del SUS ocupan los medios de comunicación y las manifestaciones de economistas, políticos y profesionales del derecho cuando discuten si el mayor problema del SUS es de financiamiento o de gestión. Y en las charlas cotidianas

con médicos, vecinos o taxistas surge una pregunta más: ¿el problema no será la corrupción? Antes de que intentemos aclarar estos aspectos es conveniente explicar cómo es el financiamiento en el SUS.

El financiamiento del SUS proviene de los tributos que la sociedad destina al Estado o poder público en el nivel federal, en los estados y municipios. Estos tributos pueden ser divididos en *impuestos* y *contribuciones*. Entre los primeros, se destaca el impuesto a las ganancias de personas físicas y jurídicas, el impuesto de productos industrializados (IPI), el impuesto sobre la circulación de mercaderías (ICM) y el impuesto territorial urbano. Entre las contribuciones pueden ser citadas aquellas destinadas al INSS por empleados y empleadores o incluso recientemente la contribución provisoria sobre movimientos financieros (CPMF).

Para reducir la inestabilidad del financiamiento del SUS fue aprobada la Enmienda Constitucional N°29, que establece que los gastos de la Unión deben ser iguales al del año anterior, corregidos por la variación nominal del Producto Interno Bruto (PIB) y que los estados deben garantizar el 12% de sus ingresos para el financiamiento a la salud. Ya los municipios deben invertir por lo menos el 15% de sus ingresos (Ministério da Saúde, 2002).

Los ingresos de los estados tienen la siguiente composición:

- a) Impuestos del estado: ICMS, IPVA y ITCMD (sobre herencia y donaciones).
- b) Transferencias de la Unión: cuota-parte del Fondo de Participación de los Estados (FPE), cuota-parte del IPI Exportación, transferencias de la Ley Complementaria 87/96-Ley Kandir.
- c) Impuesto a las ganancias retenido en la fuente.
- d) Otros ingresos corrientes: ingreso de la deuda activa de impuestos y multas, intereses por mora y corrección monetaria de impuestos.

De este total, se deben sustraer las transferencias constitucionales y legales que son realizadas a los municipios: 25% del ICMS, 50% del IPVA y 25% del IPI-Exportación.

Para calcular cuánto debe gastar el estado en salud, basta hacer la siguiente cuenta:

$$\text{Total vinculado a la salud} = (A+B+C+D+E) \times 0,1$$

Los ingresos de los municipios presentan la siguiente composición:

- a) Impuestos municipales: ISS, IPTU, ITBI (sobre transferencia de bienes inmuebles).

- b) Transferencias de la Unión: cuota-parte del Fondo de Participación de los Municipios (FPM), cuota-parte del ITR y transferencias de la Ley Complementaria 87/96 Ley Kandir.
- c) Impuesto a las ganancias retenido en la fuente.
- d) Transferencias del Estado: cuota-parte del ICMS, cuota parte del IPVA y cuota-parte del IPI-Exportación.
- e) Otros ingresos corrientes: ingreso de la deuda activa de impuestos y multas, intereses por mora y corrección monetaria de impuestos.

Para calcular cuánto debe gastar el municipio en salud, basta hacer la siguiente cuenta:

$$\text{Total vinculado a la salud} = (A+B+C+D+E) \times 0,15.$$

Estas cuestiones tributarias, a pesar de ser complicadas y de lenguaje difícil, no solo le conciernen al financiamiento de la salud. Deben movilizar a toda la sociedad, aunque sean los empresarios quienes más se quejen y protesten contra los tributos. Al conseguir el espacio y el patrocinio en los medios de comunicación pareciera que son los que más pagan impuestos. Sin embargo, cuando analizamos los aspectos sociales del financiamiento en salud constatamos que los empresarios incluyen tales gastos en el precio de las mercaderías y productos. Por lo tanto, quien efectivamente paga los impuestos son los consumidores, o sea, la población en general. Por eso es importante indagar de dónde provienen los recursos, cuáles son las instancias que los concentran y los distribuyen, cuáles son las formas de transferencia entre órganos del gobierno y cómo son utilizados y fiscalizados.

Las acciones y servicios de salud, implementadas por los estados, los municipios y el Distrito Federal son financiados con recursos públicos de la Unión, los estados y los municipios y de otras fuentes adicionales de financiamiento, todos debidamente contemplados en el presupuesto de seguridad social. Cada esfera de gobierno debe asegurar el aporte regular de recursos al respectivo fondo de salud de acuerdo con la Enmienda Constitucional N°9 de 2000. Las transferencias, regulares o eventuales, de la Unión a los estados, los municipios y el Distrito Federal están condicionadas a la contrapartida de estos niveles de gobierno, en conformidad con las normas legales vigentes (Ley de Directrices Presupuestarias y otras) (COSEMS, 2015; CONASS, 2003c).

Estas transferencias se realizan “fondo a fondo” por el Fondo Nacional de Salud (FNS) directamente a los estados, el Distrito Federal y los municipios, o por el Fondo de Salud de los estados a los

municipios, de forma regular y automática, propiciando que los gestores de los estados y municipios cuenten con los recursos previamente pactados, en el debido tiempo, para el cumplimiento de la programación de acciones y servicios de salud. Las transferencias regulares y automáticas constituyen la principal modalidad de traspaso de recursos federales a los estados, los municipios y el Distrito Federal, para el financiamiento de las acciones y servicios de salud, contemplando las transferencias “fondo a fondo” y los pagos directos a prestadores y servicios y beneficiarios registrados de acuerdo con los valores y condiciones establecidas en las resoluciones del Ministerio de Salud (COSEMS, 2015, p. 4).

Las transferencias voluntarias son, a su vez, entregas de recursos corrientes o de capital a otra esfera de la federación para la cooperación, ayuda o asistencia financiera no derivada de una determinación constitucional, legal, o que se destine al SUS (COSEMS, 2015; CONASS, 2003c).

Estas aclaraciones del propio Ministerio de Salud son importantes para que percibamos que el mecanismo de transferencia “fondo a fondo” reduce el espacio de lo ilícito. Al privilegiar criterios técnicos y transparentes de planificación para la asignación de recursos, reduce las posibilidades de desvíos. Además, impide el apadrinamiento político de diputados y senadores en la transferencia de recursos a los estados y municipios.

Con el Pacto por la Salud (2006), los estados y municipios podrán recibir los recursos federales a través de cinco bloques de financiamiento: 1) Atención básica; 2) Atención de media y alta complejidad; 3) Vigilancia en salud; 4) Asistencia farmacéutica; y 5) Gestión del SUS. Antes del pacto, había más de 100 formas de traspaso de recursos financieros, lo que provocaba algunas dificultades en su aplicación. (Ministério da Saúde, 2006, p. 6)

El piso de la atención básica (PAB) es calculado con base en el total de la población de la ciudad. Más allá de este piso fijo, la transferencia puede ser incrementada conforme a la adhesión del municipio a los programas del gobierno federal. Son incentivos, por ejemplo, dados al Programa de Salud Familiar, en el cual cada equipo implementado representa un incremento en la transferencia federal. (Ministério da Saúde, 2006, p. 14)

En el caso de la llamada atención de media y alta complejidad (MAC), los traspasos para los servicios hospitalarios y ambulatorios especializados se efectúan mediante la presentación de factura, que tiene como base una tabla del Ministerio de Salud que especifica cuánto vale cada procedimiento. La remuneración se realiza por los

servicios realizados por las instituciones acreditadas en el SUS, que no es necesario que sean públicas, pero deben estar registradas y acreditadas para realizar los procedimientos a través del servicio público de salud. Hay un límite para la transferencia, el llamado techo financiero. El techo es calculado con base en datos como población, perfil epidemiológico y estructura de la red en la región, a partir de parámetros establecidos por la Programación Pactada Integrada (PPI). Corresponde al total de recursos que los estados y municipios pueden recibir del Ministerio de Salud por procedimientos realizados de media y alta complejidad (Ministério de Saúde, 2006).

Ya en el caso de las “transferencias voluntarias” se recurre a la modalidad de convenios firmados entre las esferas de gobierno.

Este tipo de traspasos tiene por objetivo la realización de acciones y programas de responsabilidad mutua, entre quien realiza la inversión (concedente) y quien recibe el dinero (conveniente). Cuánto va a desembolsar el segundo depende de su capacidad financiera y del cronograma físico-financiero aprobado. Pueden hacer convenios con el Ministerio de Salud los órganos o entidades federales, de los estados y del Distrito Federal, las intendencias municipales, las entidades filantrópicas, las organizaciones no-gubernamentales y otros interesados en el financiamiento de proyectos específicos en el área de salud. Los traspasos por convenios significan transferencias voluntarias de recursos financieros (al contrario de las transferencias fondo a fondo, que son obligatorias) y representan menos del 10% del monto de las transferencias. (Ministério da Saúde, 2006, p. 15)

Sin embargo, un convenio expresa lo que les conviene a las partes que lo firman. Cuando deja de ser conveniente, las acciones y los servicios pueden interrumpirse. Así, el clientelismo político encuentra en esta modalidad una oportunidad especial para ser ejercido, sobre todo en el caso de las enmiendas parlamentarias. Estas representan una prerrogativa de los diputados y senadores de alterar la propuesta presupuestaria para beneficiar a organizaciones y grupos según sus intereses. Al mismo tiempo en que granjean simpatías y apoyos de su clientela, negocian el voto parlamentario para la aprobación de proyectos de interés del Poder Ejecutivo, lo que en Brasil se conoce como “es dando que se recibe”, o sea, una manipulación de la *Oración de San Francisco*. Más recientemente ha sido utilizado por los políticos el término *governabilidade* como justificación para mantener estas prácticas éticamente discutibles. En este caso subvierten el significado de gobernabilidad, un concepto fundamental en ciencias políticas y en la planificación. De este modo, el problema

de las enmiendas parlamentarias parece estar más referido a la estructura institucional que a la moral o a la ética.

Aun así, es importante señalar que los recursos del SUS destinados a convenios resultantes de enmiendas parlamentarias representan menos del 1% del total de los gastos en salud del gobierno federal. Y no se debe asociarlas, inevitablemente, a la corrupción. Los parlamentarios que priman por la ética también utilizan este recurso para atender demandas legítimas de sus electores o de instituciones con buena reputación. Aunque, supuestamente, las enmiendas parlamentarias incitaran a la sobrefacturación, sobornos y otras formas de corrupción, tal valor sería relativamente poco significativo con relación al volumen de recursos del SUS. Incluso teniendo conocimiento del escándalo de las ambulancias o “sanguijuelas”⁴ y similares, no se asemeja en nada con la corrupción a gran escala de los que realizan grandes obras de infraestructura para los gobiernos, de las empresas de recolección de residuos, así como las transacciones con bancos y empresas de países ricos.

En el caso del SUS, los recursos son fiscalizados por los tribunales de cuenta de la Unión (TCU), de los estados (TCE) y de los municipios (TCM), del Poder Legislativo, la Contraloría General de la Unión (CGU), las auditorías y los otros órganos de control interno del Ejecutivo. Además, la Ley 8142/90 asigna el control a los consejos de salud, incluso en los aspectos financieros, los que pueden no aprobar el *informe de gestión* presentado por el secretario de salud. Mientras este informe no sea aprobado por el consejo, el gestor no podrá recibir la transferencia de recursos programada en el ámbito del SUS. A esto se suma el rigor con que el Ministerio Público ha actuado en el sentido de impedir los abusos en la utilización de recursos del SUS. Por lo tanto, no seremos ingenuos al punto de afirmar que tales mecanismos impidan, completamente, la ocurrencia de actos ilícitos. Sin embargo, es difícil mencionar otro sector gubernamental que tenga mecanismos de control iguales o superiores al del SUS.

Aun así, no debemos descuidar los mecanismos de control, ni permitir el despilfarro del dinero público. Tan relevante como el combate a la corrupción y al despilfarro es garantizar el uso racional de los recursos de la salud para asegurar mayor eficiencia y efectividad. Y aquí entra la cuestión de la gestión. A pesar de que Brasil cuente con instituciones académicas y con experiencias significativas en métodos avanzados de planificación, gestión y evaluación, el

⁴ El *Escândalo dos sanguessugas* (sanguijuela), también conocido como “mafia de las ambulancias”, hizo público en 2006 el esquema de fraudes en las licitaciones para la compra de ambulancias y equipamiento hospitalario.

uso político-partidario de los servicios de salud del SUS para la reproducción del clientelismo compromete la eficiencia y la continuidad administrativa. El excesivo número de cargos de confianza para cubrir puestos de dirección y asesoramiento, la falta de profesionalización de la gestión y la ausencia de carreras para los trabajadores del SUS terminan por perjudicar la gestión en las diferentes esferas de gobierno.

El SUS ha sido muy vulnerable ante los cambios de gobiernos, gestores y partidos. Los dirigentes improvisados, el persistente clientelismo político, la alta rotación de los equipos y el “enyesamiento” burocrático exigen alternativas creativas para proteger o *blindar* al SUS de los intereses y de las maniobras de la política en la salud. Garantizar el carácter público del SUS, pero sin confundirlo con el Estado, los gobiernos y los partidos, es fundamental para evitar complicaciones desastrosas y la discontinuidad administrativa.

El SUS precisa ser efectivamente público. Esto no solo significa que no debería ser privatizado o que no debería estar orientado hacia los propósitos de lucro del mercado. *Publicizar* el SUS significa contener los intereses particulares, tanto de partidos como de las corporaciones, garantizando la preponderancia de las necesidades y voluntades colectivas. Para lo cual no bastan las reformas administrativas o electorales. Una profunda reforma política en Brasil y un movimiento permanente en defensa de los valores que sustentan al SUS y la Reforma Sanitaria Brasileña son fundamentales para esa verdadera *publicización*.

Más allá de la gestión, el financiamiento representa uno de los mayores desafíos para el SUS. A pesar del aumento verificado en términos absolutos, se encuentra bastante por debajo de lo que se espera para un sistema de salud de carácter universal. Por lo tanto, el mayor problema del SUS, actualmente, no es la corrupción ni tampoco es un problema de gestión, sino de financiamiento: R\$1,41 es lo que el poder público gasta por día en la salud de cada brasileño. Aun juntando todos los gastos del gobierno federal, de los estados y municipios en el SUS, no llega al precio de un pasaje de ómnibus. Esto significa la mitad de lo que recibiría un ciudadano argentino o uruguayo para su salud y un décimo de lo que obtiene un ciudadano canadiense, japonés o europeo.

En los países con sistemas de salud de carácter universal, como es la propuesta de Brasil, más del 60% de los gastos en salud son públicos. Pero en Brasil, más de la mitad de los gastos en salud son realizados por las familias y las empresas, en medicamentos, consultas, exámenes, anteojos y planes de salud. Sumando el gobierno federal, los gobiernos de los estados y los de los municipios, no llegan a aportar ni la mitad de los gastos en salud.

En 2004, la OMS estimó un gasto total en salud en Brasil equivalente al 7,9% del PIB. El gasto privado correspondía al 51,9% del gasto total y el gasto directo de las familias representaba cerca del 64% del gasto privado. El gobierno federal contribuyó con el 50,7% del financiamiento del SUS, los estados con el 26,6% y los municipios con el 22,7%.

Comparado con otros países, Brasil, en términos globales, no estaría tan mal. EEUU gastaba el 13,1% del PIB, lo que corresponde a USD 4.432 por persona (per cápita). Canadá, con un sistema de salud universal y más organizado, consumía en salud el 9,3% del PIB y USD 2.151 per cápita. Los países latinoamericanos como Argentina y México reservaron para la salud, respectivamente el 9,1% del PIB con USD 697 per cápita y el 5,3% del PIB, con USD 221 per cápita. En 2008, se estimó que el gasto por brasileño había sido de USD 483,87 y, si se mantuviera la división del gasto del año anterior, le correspondería al sector público una participación del 49% de los gastos totales y al sector privado el equivalente al 51%. Por lo tanto, al realizar la comparación con otros países, más allá de la insuficiencia de recursos para la salud, se constata una división inadecuada entre los gastos públicos y los privados, teniendo en cuenta que el propósito del SUS es constituirse en un sistema universal.

Capítulo 4

Tendencias del sistema de salud brasileño

Prever la situación de la salud en Brasil para los próximos años reviste grandes dificultades frente a las transformaciones económicas del mundo actual, al dinamismo de la cultura y de la política, a la defensa de los derechos de la ciudadanía y de valores radicados en la solidaridad y en la igualdad, aunque se han realizado algunos estudios sobre las tendencias del sistema de salud brasileño que ofrecen indicaciones para las políticas de salud.

Una de las peores posibilidades sería el mantenimiento de las políticas de ajuste macroeconómico propugnadas por los organismos internacionales y adoptadas por diferentes gobiernos desde la década pasada. En este caso, se produciría una expansión del sector de salud suplementaria, regulado mínimamente, y le correspondería al Estado una acción complementaria a través de una canasta básica de servicios para los pobres, con énfasis en acciones de bajo costo y de alta efectividad, como por ejemplo las vacunas y la terapia de rehidratación oral (TRO).

Una alternativa intermedia sería prolongar la crisis del sistema de salud con una estructura legal ficticia frente a la inestabilidad e insuficiencia del financiamiento. Los proveedores y prestadores “no SUS”, o sea, la salud suplementaria y la medicina privada pagada por desembolso directo, estarían poco regulados y mantendrían las ventajas de los subsidios indirectos derivados de la exención impositiva por parte del Estado. Se preservaría la dicotomía entre la asistencia médico-hospitalaria y la salud pública, confinada a las campañas sanitarias, a los servicios de vigilancia epidemiológica y sanitaria y a los programas especiales, persistiendo el conflicto entre el modelo médico-asistencial hegemónico y las propuestas de la Reforma Sanitaria y del SUS.

El mejor escenario estaría representado por la consolidación del SUS y por el respeto a la Constitución y a la Ley Orgánica de Salud. La garantía de fuentes estables de financiamiento con descentralización plena de acciones y servicios de salud, a partir de modelos de atención volcados a la efectividad, la equidad y la calidad de vida con sustentabilidad, identificaría esa

posibilidad con el desarrollo del proyecto de la Reforma Sanitaria Brasileña. Los servicios privados contratados serían sometidos al control público y actuarían en función de las necesidades de salud de la población como si fuesen públicos. Los proveedores y prestadores “no SUS”, destinados a los usuarios que optaran por sus servicios, serían regulados por el Estado a través del SUS.

La visión de los actores sociales

Un estudio realizado por el Instituto de Investigación Económica Aplicada (IPEA), publicado en 2001, se propuso examinar las tendencias del sistema de salud brasileño, para lo cual consultó a investigadores, gestores, profesionales de salud y líderes de la sociedad civil y señaló ciertas expectativas para los próximos años.

En lo referente a los *valores sociales sobre la salud*, se esperaba que la calidad técnica y la equidad sean los atributos más valorizados del sistema de salud. En las políticas de salud, el énfasis estaría en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con una reducción de las desigualdades en salud. Los consejos de salud estarían consolidados, al ser aprobados dispositivos legales y mecanismos para garantizar los derechos de los usuarios y la autonomía de los pacientes.

En lo que atañe a *la organización y estructura*, se estimaba una reducción de la participación de los estados y municipios como proveedores directos de servicios y la transformación de los hospitales y otras unidades en entes públicos con mayor autonomía y control social. El sector privado empresarial y las entidades públicas no estatales crecerían en cuanto a la oferta de servicios médico-asistenciales, aunque habría ciertas dudas con respecto a que el PSF pueda extenderse a toda la población.

En cuanto a los *aspectos económicos* se admitía un crecimiento del gasto nacional en salud, aunque se pensaba que el gasto privado crecería a un ritmo superior al público. Las transferencias del gobierno federal hacia los estados y municipios serían directas, regulares, automáticas, con criterios más transparentes y equitativos, manteniéndose la gratuidad del SUS. Parte de las personas entrevistadas imaginó un sector público en el que existía una separación entre las funciones de financiamiento y compra de servicios y las de gerencia y provisión.

Con relación al *mercado* y a la *regulación*, se consideraba que la cobertura de planes y seguros de salud continuaría aumentando con algún impacto de las medidas reguladoras en la satisfacción de los usuarios, aunque con menos

optimismo en cuanto a que la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS) controlara precios, fiscalizara eficazmente y garantizara los derechos de los usuarios.

En lo referente a los *recursos humanos*, se produciría una reducción gradual del régimen estatutario en el sector público y del asalariamiento médico en el privado. El mercado de trabajo para médicos generalistas crecería en ambos sectores, con exigencia de titulación para la dirección de establecimientos públicos de salud.

En el ámbito de *ciencia y tecnología*, se ampliaría la evaluación tecnológica en salud, aunque con cierto escepticismo en cuanto a la eficacia de los controles sobre la incorporación de tecnologías para disminuir los costos de la asistencia.

Finalmente, en cuanto al *perfil epidemiológico*, se imaginaba un sistema de salud preparado para enfrentar nuevas enfermedades, incluso con capacidad para atender las necesidades de la población de adultos mayores.

Estas tendencias, sin embargo, podrán sufrir las influencias de la voluntad y de la acción política de los sujetos individuales y colectivos, como es el caso de los organismos internacionales. Así, entre las Metas del Milenio para la salud en 2015 se propone erradicar la pobreza extrema y el hambre, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, combatir el HIV/sida, la malaria y otras enfermedades, garantizar la sustentabilidad ambiental y desarrollar acuerdos globales para el desarrollo.

En cuanto a las políticas de salud, se propuso para los países en desarrollo el acceso universal a los *servicios esenciales de salud* basados en evidencias epidemiológicas y prioridades de salud de los pobres, admitiendo un aumento de los recursos destinados al sector salud. Por lo tanto, retomando las posibilidades de desarrollo del sistema de salud brasileño anteriormente descritas, hay indicios de una prolongación de la crisis, dado el equilibrio inestable entre las fuerzas que apuestan a la Reforma Sanitaria Brasileña y las que apuntan al sostenimiento del modelo médico hegemónico, destinando el SUS fundamentalmente a los pobres.

La visión de la población

Sin embargo, las tendencias estimadas a través de las consultas a investigadores, gestores, profesionales de la salud y líderes, si bien son relevantes, presentan una gran laguna y limitación: no contemplan la visión de futuro de los ciudadanos, ni la de los usuarios, consumidores o destinatarios de las acciones del sistema de servicios de salud.

Una aproximación a tal visión podría encontrarse al examinar las conclusiones y recomendaciones de las últimas conferencias nacionales de salud que plantean una agenda para el desarrollo del sistema de servicios de salud en Brasil. Sin embargo, una parte significativa de las propuestas presentadas ven el SUS como si fuese efectivamente único. Pero el desarrollo histórico de las políticas de salud y de la organización de los servicios de salud forjó un sistema de salud segmentado, que refleja de cierto modo la heterogeneidad de la sociedad brasileña y la correlación de fuerzas políticas y sociales presentes en esta coyuntura.

Los informes finales de estas conferencias nacionales de salud condensan las propuestas y voluntades de segmentos organizados de la sociedad civil combinadas con las de los gestores y trabajadores de la salud. Aunque expresen el pensamiento de sectores supuestamente más movilizados, informados y politizados, tales documentos pueden no representar la opinión del brasileño común, con sus sueños y temores en lo que respecta a la atención de sus familiares, especialmente hijos y nietos en los próximos años. De allí la importancia de la información complementaria generada a partir de encuestas de opinión.

En 2004, como parte de las conmemoraciones de los 60 años de la Constructora Norberto Odebrecht, se realizó una encuesta de opinión bajo la coordinación técnica de CDN, Estudos e Pesquisa, empresa con sede en San Pablo, que contemplaba diez ejes temáticos del estudio *Projeto Brasil: Olhando para o Futuro*. En el caso del tema salud, luego de establecer ciertas definiciones preliminares sobre la salud, los servicios de salud y el sistema de servicios de salud, se realizó una muestra representativa de la población de todo el país y se aplicó un cuestionario que contenía, entre otras cuestiones, un conjunto de preguntas con el fin de identificar visiones de la población sobre la salud en la próxima década.

La construcción de las preguntas consideró que la salud puede contemplar tanto la dimensión de *estado vital* a nivel individual (sentirse bien, ausencia de síntomas o enfermedades) y colectivo (salud de la población, indicadores de salud), en cuanto a la relación con los servicios de salud (acceso, cobertura y utilización de servicios de salud, atención médica, hospitales, laboratorios, vacunas, medicamentos, planes de salud, etc.). Partía de la hipótesis de que las expectativas podrían reflejar ambas dimensiones, aunque las representaciones sociales sobre el tema tendieran más a expresar la salud como *consumo de servicios y bienes que*, propiamente, como un estado de la vida. Al proyectar hacia el futuro las visiones sobre la salud, los entrevistados podían expresar tanto una aspiración, una voluntad o un deseo (sobre todo si se refirieran

afectivamente a hijos o nietos) como también una expectativa de tendencia, incluso si tal escenario no fuese el preferido.

Cuando buscamos identificar la visión de futuro de los brasileños constatamos la expectativa en cuanto a la asistencia de la salud de sus hijos y nietos: el 45% admitía que sería igual a la actual, mientras que el 34% creía que sería mejor y apenas el 8% imaginaba que sería mucho mejor que la actual. El interior era ligeramente menos optimista que las capitales.

Entre los problemas que deberían ser resueltos en el futuro para una mejor asistencia a la salud, los entrevistados destacaron: la falta de médicos (47%), de enfermeros (43%), de medicamentos (37%), la demora en la entrega de turnos (31%) y la falta de hospitales (29%). Entre los problemas menos mencionados aparecieron: los malos salarios de los profesionales, la falta de dentistas y de atención odontológica, la falta de ambulancias, los profesionales mal preparados, la “falta de caridad”, la atención de urgencias, las unidades de terapia intensiva, etc.

Se trata, por lo tanto, de problemas vinculados con la insuficiencia de recursos en la infraestructura del sistema, particularmente en el componente público. Esa parte más visible de la realidad captada por la población deja de lado las desigualdades en la oferta y en el acceso a los servicios de salud de los distintos grupos sociales. Si consideramos que cerca de tres cuartos de la población cuenta exclusivamente con los servicios del SUS, tal percepción señala la necesidad de inversiones en su red asistencial para fortalecer su infraestructura.

La población parece tener en claro algunos atributos relacionados con un mejor servicio de salud. Los más citados fueron: tiempo de espera inferior a 30 minutos (40%); servicio cercano a la residencia y trato respetuoso (34%); atención integral (18%); confort en las instalaciones y claridad en las explicaciones de los profesionales de la salud (13%). Esto significa una mejora en la accesibilidad, calidad, integralidad y humanización de la atención, que son justamente los desafíos ya mencionados para el SUS. Tiempo para hacer preguntas, libre elección de los profesionales, participación en las decisiones, privacidad y confidencialidad de la información fueron ítems menos señalados.

Así, el problema del tiempo de espera confirma el resultado del estudio *Pesquisa Mundial de Saúde 2003: O Brasil em números*, y de las encuestas de opinión promovidas por el CONASS. Sin embargo, la libertad de elección del profesional y la participación en la toma de decisiones sobre tratamientos que representen problemas identificados en la atención ambulatoria, no fueron muy valorados como atributos relacionados con un mejor servicio de salud. ¿Será un problema de falta de conciencia o de un horizonte bastante limitado de expectativas en cuanto a la posibilidad de una atención de mejor

calidad? De una forma o de otra estos aspectos tal vez adquieran mayor visibilidad cuando las cuestiones del acceso y de la humanización de la atención sean problematizadas.

El 51% de los entrevistados creía que en el futuro tendrían una atención a la salud más humanizada, contra el 30% que no creía en esa posibilidad. Admitían que los profesionales de la salud serían más atentos, solidarios, comprometidos y tolerantes, de modo que el 60% pensaba que la atención, probablemente, sería mejor, y el 27% admitía que tal alternativa era muy probable.

Entre los derechos de los pacientes más valorados por la población se destacaron el seguimiento de las internaciones de niños y adultos mayores (55%) y la autonomía, o sea, la elección y las decisiones informadas sobre el estilo de vida (21%). El acceso a los resultados de los exámenes y los registros es mencionado apenas por el 12% de los entrevistados. Con relación a los adultos mayores, la mayor proporción de entrevistados (56%) admite que el sistema de salud estará preparado en un futuro cercano para atender bien los problemas de este grupo etario, visión más optimista que la revelada en el estudio de tendencias con base en la opinión de especialistas, presentado anteriormente.

Tal como en el estudio sobre tendencias del sistema de salud brasileño, la población opinaba que el SUS se mantendría, aunque reconocía que el sistema privado se conservaría. La mayoría de los entrevistados admitió la persistencia de un sistema mixto, o sea, público-privado, aunque el 49% creía que las personas utilizarían más los servicios públicos.

En la medida en que la salud no se reduce a los servicios de salud, sino que implica un estado de vida de las personas y de la comunidad, entre las medidas más indicadas para una vida saludable se destacaron: evitar el cigarrillo (76%), la bebida alcohólica (64%) y las peleas y violencias (45%), realizar actividad física regularmente (38%), controlar la obesidad (34%) y el uso de alimentos perjudiciales para la salud (31%). Así, no es de extrañar que el 38% de los entrevistados imaginaran que su salud y su calidad de vida serían mejores en los próximos diez años. Apenas el 21% lo veía como poco probable y el 7% no creía en esa posibilidad. Las respuestas con relación a los hijos y la familia siguieron una tendencia ligeramente más optimista.

Incluso cuando fueron indagados sobre cuál sería el principal problema de su ciudad, los entrevistados redujeron la posición jerárquica de la salud colocándola en cuarto lugar (12%), por debajo de la violencia (21%), el empleo (19%) y la falta de seguridad/vigilancia (16%). Vale recordar que, en la investigación realizada en 2002 ya mencionada, la salud era considerada el principal

problema de la población (24,2%), superando en importancia al desempleo, la situación financiera y la violencia/ falta de seguridad.

Aunque el desplazamiento de la relevancia de la salud entre los problemas identificados en las ciudades pueda ser atribuido a una percepción más nítida de las cuestiones de la violencia y del desempleo, no habría que descartar una interpretación alternativa que sugiera alguna mejora de la salud en Brasil en los últimos años.

Los resultados de esta encuesta de opinión insinúan ciertas reservas de la población en cuanto a la mejora de la asistencia a la salud en el país en los próximos años, aunque con relación a la humanización de la atención y a los cuidados de las personas mayores sea más optimista. Revelan, por otro lado, una expectativa positiva en cuanto a la mejora de la salud y de la calidad de vida, tanto con relación a los propios entrevistados como a sus hijos, familiares y vecinos del barrio.

La población parece distinguir, razonablemente, *estado de salud* de consumo de bienes y servicios de salud. La identificación de factores de riesgo y la disposición a sugerirles a sus hijos y nietos que los eviten, refuerza la interpretación de que la población reconocería una concepción más amplia de la salud, o sea, la salud ya no se resumiría a la asistencia médico-hospitalaria.

Esto sugiere una apertura para comprender los determinantes sociales de la salud y defender “políticas sociales y económicas que apunten a la reducción del riesgo de enfermedades y de otros agravios”, tal como lo establece la Constitución de la República, junto con “el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios” referidos a la promoción, protección y recuperación de la salud. En consecuencia, esta información puede orientar políticas públicas intersectoriales dirigidas a la promoción de la salud y la calidad de vida y justificar la adopción de modelos de atención más integrales, transformando la asistencia predominante, eminentemente curativa.

Advertimos, no obstante, que el análisis de tendencias no debe ser entendido como profecías autocumplidas. Estas reflexiones ayudan a visualizar alternativas y a identificar aspiraciones que permitan seleccionar opciones e implementar estrategias dirigidas a hacer prevalecer la voluntad de la mayoría, como fundamento de una sociedad democrática.

Desarrollo del derecho a la salud

Cierta vez, luego de una larga conversación, un entrevistador le preguntó al filósofo italiano Norberto Bobbio si veía alguna señal positiva acerca del futuro de la humanidad, ante el aumento de la población, la degradación

del medio ambiente y la ampliación del poder destructivo de las armas, a lo que respondió que sí, justificando su respuesta en la “creciente importancia atribuida, en los debates internacionales, entre personalidades de la cultura y políticos, en seminarios de estudio y en conferencias gubernamentales, al problema de los derechos del hombre”.

Podríamos decir lo mismo hoy con relación al *derecho a la salud*. Ya no se trata de un tema restringido a los filósofos, juristas y científicos sociales. Cada vez más, es discutido por los políticos, los profesionales de salud, los trabajadores y demás ciudadanos. La *Declaración Universal de los Derechos del Hombre*, desde 1948, y la *Declaración de Alma-Ata*, en 1978, proclamaron este derecho. Y en 1988, por primera vez en la historia de las constituciones de Brasil, la salud fue considerada “derecho de todos y deber del Estado”. ¿Cuál es la importancia de esta frase? ¿Se trata solo de un eslogan vacío? ¿Una conquista de la sociedad brasileña? ¿O una bandera de lucha que debe atravesar algunas generaciones? ¿Cómo podría lograr una *gestión participativa* superar la proclamación formal de este derecho, garantizando su ejercicio y los *medios* para obtenerlo?

Hace dos décadas, durante la 8ª Conferencia Nacional de Salud defendíamos la propuesta de que las políticas sociales, para elevar a la condición de ciudadanos a los millones de brasileños excluidos de los beneficios del desarrollo, deberían rechazar el recurso tentador de la asistencia social, patrocinado por el viejo liberalismo, que en el área de la salud se reduce a la mera donación de alimentos y remedios y a la “medicina simplificada”. Se deberían ampliar los canales de democratización de la salud de modo que los indigentes de ayer y los consumidores de hoy pudieran luchar y conquistar sus derechos como ciudadanos y organizarse políticamente para defenderlos.

Incluso durante la elaboración de la Constitución de 1988 participamos en la elaboración de un texto titulado *Salud y Constituyente: del derecho que no tenemos a la ciudadanía que queremos*, para apoyar la lucha de los movimientos sociales organizados. Coincidentemente, el subtítulo de la 12ª Conferencia Nacional de Salud, realizada en 2003, era *La salud que tenemos, el SUS que queremos*. ¿Será que casi dos décadas después, aún nos enfrentamos con las mismas cuestiones?

Tal vez la respuesta sea sí, y no. Sí, porque ciertas políticas económicas continúan sacrificando vidas, expandiendo el desempleo y comprometiendo la ciudadanía. No, porque, a pesar de los pesares, durante más de veinte años conquistamos un estado de derecho y una democracia que representan las formas políticas que más se condicen con la lucha, la conquista y la garantía de derechos. Las conferencias y los consejos de salud son ejemplos de aquellos *canales de democratización de la salud* pensados años atrás. Son una demostración

de que la gestión participativa puede ser ejercida en los espacios democráticos abiertos por el movimiento sanitario, a pesar de las miserias producidas por una sociedad vergonzosamente inicua y por políticas económicas que concentran los ingresos y atentan contra el derecho al trabajo.

La historia demuestra que la conquista de derechos por parte de la humanidad es el resultado de un largo proceso de luchas. Los primeros derechos conquistados se referían a la libertad de religión, de opinión, de pensamiento, de imprenta, de ir y venir (derechos civiles). Después se conquistó el derecho a la reunión, a la organización sindical, a la manifestación, a participar del ejercicio del poder político, a votar y ser votado (derechos políticos). Estos derechos civiles y políticos, alcanzados en los países europeos en los siglos XVIII y XIX, conformaron los llamados *derechos de primera generación*.

En el siglo XX, emergieron los derechos sociales —trabajo, educación, salud, seguridad, entre otros—, conocidos como *derechos de segunda generación*. Ya en el pasaje del siglo XX al XXI la conciencia ecológica configuró los *derechos de tercera generación* donde los sujetos de derecho pueden ser también las generaciones futuras. En el presente, se discuten los *derechos de cuarta generación* donde se incluyen la calidad de vida y la biodiversidad frente a las manipulaciones de la biología y de la genética que repercuten en los seres vivos y en el futuro de la humanidad. Todos estos derechos se refieren a la salud: desde las libertades individuales y democráticas hasta el derecho al trabajo, a la educación, a la atención de la salud, al ambiente preservado, a la biodiversidad, a la calidad de vida y a la protección contra los alimentos transgénicos.

En función de lo anterior, el derecho a la salud debe ser entendido en las dos dimensiones expuestas al inicio de este libro: el *derecho al estado vital saludable* (estado de salud) y el *derecho a las acciones y servicios de salud*. Significa que el derecho a la salud, para ser garantizado, requiere del acceso universal e igualitario a los servicios de salud y, también, de un estado de salud resultante de un modo de vida saludable. Este es el resultado de los determinantes socioambientales y las condicionantes de salud que expresan las formas de organización de la sociedad.

En Brasil, el *Informe Final* de la 8ª Conferencia Nacional de Salud, la Constitución de 1988 y las leyes orgánicas de salud aportan esta concepción ampliada y contemporánea de la salud. Esto representa un gran avance que puede ser adjudicado a las luchas del movimiento sanitario brasileño. No obstante, ya no se trata hoy de proclamar y fundamentar el derecho a la salud, sino de ejercerlo, jurídica, política y prácticamente. No bastan las normas y la retórica. Se necesita compromiso político y administrativo y, sobre todo, los *medios* para garantizar el derecho a la salud.

No fue poco lo que se hizo a lo largo de estos últimos veinte años, a pesar de coyunturas y gobiernos adversos. Avanzamos no solo desde el punto de vista legal y normativo, sino especialmente a través de políticas de descentralización y de democratización de la salud. El SUS ya representa un patrimonio nacional, a pesar de sus dificultades y de la saña de sus enemigos, detractores y saboteadores. Pero aún queda mucho por transitar para poder alcanzar la universalización real, la reducción de las desigualdades y los maltratos, la calidad y la efectividad en la atención a la salud. Y a cada momento, surgen nuevas amenazas contra aquello que ya fue conseguido. Incluso los gobiernos que se declaran favorables al fortalecimiento del SUS, efectúan restricciones de recursos, recortes presupuestarios y manipulaciones financieras que oprimen su expansión, dificultando el *derecho a los servicios de salud*.

Para el paciente y sus familiares, usuarios del sistema de salud brasileño, persisten cuestiones asistenciales y éticas que requieren la adopción de diversas medidas en defensa del derecho a la salud del ciudadano, tal como se ha establecido en algunos dispositivos normativos. A continuación, se enumeran las medidas reconocidas como más importantes para el cumplimiento de los derechos de los ciudadanos usuarios del SUS:

- Atención digna y respetuosa.
- Ser identificado por el nombre (no por la enfermedad o la cama).
- Confidencialidad de los datos personales.
- Identificación de las personas que lo atienden a través de distintivos.
- Información correcta sobre diagnósticos, exámenes, terapias, riesgos.
- Acceso permanente a los registros.
- Informe de alta médica con diagnóstico de alta y nombre del profesional.
- Recibir recetas legibles con nombres de medicamentos genéricos.
- Conocer el material que recibirá, como la certificación de la sangre y otros.
- Garantía de privacidad, individualidad, respeto a los principios éticos y culturales, y confidencialidad.
- Ser acompañado en consultas e internaciones.
- Presencia del padre en la atención prenatal y en el parto.
- Recibir anestesia cuando sea necesaria.
- Rechazar tratamientos dolorosos y extraordinarios para prolongar la vida.
- Optar por el lugar de muerte.

Más recientemente, se explicitaron otros derechos de los pacientes, entre los que se destacan:

- Acceso al conjunto de acciones y servicios necesarios para la promoción, la protección y la recuperación de la salud.
- Acceso a la atención ambulatoria en un tiempo razonable, que no perjudique la salud.
- Ser atendido, con cuidado y respeto, de forma personalizada y con continuidad, en un lugar y un ambiente digno, limpio, seguro y adecuado para la atención.
- Identificar a las personas responsables directa o indirectamente de su asistencia por medio de distintivos visibles que contengan el nombre completo, profesión, cargo del profesional y el nombre de la institución.
- Recibir información clara, objetiva, completa y comprensible sobre su estado de salud, hipótesis diagnósticas, exámenes solicitados y realizados, tratamientos o procedimientos propuestos, incluso sobre sus beneficios y riesgos, duración y alternativas de soluciones.
- Ser informados de los posibles efectos colaterales de medicamentos, exámenes y tratamientos a los que será sometido.
- Que sus dudas sean rápidamente aclaradas.
- Tener anotado en el registro, en cualquier circunstancia, toda la información relevante sobre su salud, de forma legible, clara y precisa, incluyendo medicamentos con horarios y dosis utilizadas, riesgo de alergias y otros efectos colaterales, registro de cantidad y procedencia de la sangre recibida, exámenes y procedimientos efectuados.
- Tener disponible, en caso que se solicite, una copia del registro y cualquier otra información sobre el tratamiento.
- Recibir recetas con el nombre genérico de los medicamentos prescritos, digitadas o escritas en letra legible, sin la utilización de códigos o abreviaturas, con nombre, firma del profesional y número de registro en el órgano de control y reglamentación de la profesión.
- Ser previamente informado cuando el tratamiento propuesto sea experimental o forme parte de una investigación, la cual debe seguir rigurosamente las normas de experimentos con seres humanos en el país y ser aprobada por el Comité de Ética del hospital.

Por el alcance y propiedad de estos dispositivos, su aplicación no debe restringirse a los servicios del SUS, sino que podría extenderse a todos los establecimientos que realizan acciones de salud en todo el territorio nacional, sean públicos o particulares. Como toda norma, esta lista de derechos debe

ser revisada y actualizada, periódicamente, teniendo en cuenta el desarrollo de los sistemas de servicios de salud y las nuevas conquistas sociales con relación a la salud.

Pero más grave ha sido la negación del *derecho al estado de salud* de nuestra población. Si la exclusión y las desigualdades sociales *en sí* ya producen muertes, enfermedades, accidentes, violencias y múltiples riesgos, las políticas económicas y sociales implementadas en Brasil en los últimos veinte años contribuyen, aún más, a subvertir el derecho a la salud. Pero más que la negación del derecho a la salud, progresivamente se verifican amenazas concretas al *derecho a la vida*. La violencia que nos acecha en cada rincón de este país es un ejemplo elocuente y trágico de los resultados de estas políticas económicas nefastas. Por lo tanto, sin abdicar en la defensa del derecho a los servicios de salud para todos los brasileños, obligación intransferible del SUS, la lucha por el derecho a la salud pasa, necesariamente, por la reorientación de las políticas públicas económicas y sociales de modo que favorezcan la reducción de las desigualdades, la ciudadanía plena, la calidad de vida y la democracia.

El reconocimiento de los determinantes sociales de la salud lleva a valorizar las evidencias científicas y el compromiso con la acción, sea a través de la movilización y de la participación social, sea mediante la adopción de políticas intersectoriales.

La intersectorialidad es una estrategia política compleja, cuyo resultado en la gestión de una ciudad es la superación de la fragmentación de las políticas en las diversas áreas donde son ejecutadas. Tiene como desafío articular diferentes sectores para la resolución de problemas en el cotidiano de la gestión y tornarse estratégica para garantizar el derecho a la salud, ya que la salud es una producción resultante de múltiples políticas sociales de promoción de la calidad de vida. La intersectorialidad como práctica de gestión en la salud permite el establecimiento de espacios compartidos de decisiones entre instituciones y diferentes sectores del gobierno que actúan en la producción de la salud, en la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas que puedan tener un impacto positivo sobre la salud de la población. Permite considerar al ciudadano en su totalidad, en sus necesidades individuales y colectivas, demostrando que las acciones resolutivas en salud requieren necesariamente asociarse con otros sectores como Educación, Trabajo y Empleo, Vivienda, Cultura, Seguridad Alimentaria y otros. La intersectorialidad remite también al concepto/idea de red, cuya práctica requiere de articulación, vinculaciones, acciones complementarias, relaciones horizontales entre colaboradores e interdependencia de los servicios para

garantizar la integralidad de las acciones. Finalmente, el contexto de la intersectorialidad estimula y requiere de mecanismos de compromiso de la sociedad. Demanda la participación de los movimientos sociales en los procesos de toma de decisión sobre calidad de vida y la salud. (Ministério da Saúde, 2009, p. 193)

La gestión participativa, al no ser un fin en sí mismo, puede ser uno de los medios fundamentales para garantizar el derecho a la salud. En el caso de la salud, la *participación de la comunidad* está asegurada por la estructura legal del SUS, como fue visto anteriormente. A pesar de estos logros, la experiencia y los estudios muestran que esos mecanismos participativos son aún limitados. Las asociaciones con el Ministerio Público han sido promisoras, pero insuficientes frente a la deuda sanitaria. Sin reducir, en ningún momento, la utilización de estas vías, cabe destacar que solo la ampliación de las luchas sociales podrá hacer avanzar la conquista del derecho a la salud en Brasil. Y en una coyuntura donde el gobierno de la Nación al menos no criminaliza los movimientos sociales, urge ampliar los espacios democráticos para facilitar la organización popular y la acción política mediante la participación, la información, la vigilancia, la crítica, la denuncia, la movilización, la educación, la organización, la presión, la persuasión, la negociación y el consenso activo de los gobernados en defensa de la vida y de la salud.

Técnicamente, se ha reconocido que la salud como calidad de vida es fundamental para la formulación de políticas públicas intersectoriales. Diversos municipios han experimentado muchas propuestas elaboradas por las universidades y por los servicios de salud con la participación de la comunidad. Dirigentes y técnicos que acumularon experiencias se encuentran, hoy, en condiciones de expandirlas por todo el territorio nacional. Pero no bastan soluciones técnicas y administrativas.

El pueblo brasileño y, en particular, los ciudadanos que tienen en el SUS un camino para la conquista del derecho a la salud, posiblemente debatirán, cada vez más, diferentes *formas de luchas* para garantizar este derecho. La conciencia sanitaria implica el reconocimiento del derecho a la salud por parte de los ciudadanos y de los determinantes y condicionantes de este estado vital. Como nos enseñó el profesor Giovanni Berlinguer, uno de los mentores de la reforma sanitaria, por conciencia sanitaria entiendo tomar conciencia de que la salud es un derecho de 10; persona y un interés de la comunidad. Pero como este derecho es sofocado y este interés descuidado, la conciencia sanitaria es la acción individual y colectiva para alcanzar este objetivo en Italia (Berlinguer, 1987). Por lo tanto, si el derecho a la salud sufre amenazas frente a la contención de los gastos públicos y a políticas económicas y sociales que limitan su alcance, la conciencia sanitaria significa la lucha para ejercer,

garantizar y usufructuar este derecho. El derecho a la salud no es un derecho natural que se obtiene al nacer. No es una dádiva de algún gobierno. Es un derecho históricamente construido y conquistado mediante luchas sociales.

Por lo cual, podemos afirmar que el SUS es lucha, es conquista y, también, esperanza. Para poder crearlo, una multitud de mujeres y hombres dieron lo mejor de sus vidas en términos de trabajo, afecto y movilización para conquistar corazones y mentes de otros tantos. Esas personas-militantes transformaron una propuesta nacida en la sociedad en una parte del sistema de protección social a través del proceso constituyente. Posteriormente tuvieron la habilidad de establecer acuerdos y pactos para transformar el SUS en una gran política pública de inclusión social y de democratización de la salud más allá de los gobiernos. Así, muchos reconocen hoy al SUS como una política de Estado.

El SUS también es conquista, pues varios de sus objetivos intermedios ya fueron alcanzados, aunque muchos desafíos tengan que ser enfrentados, como veremos en el próximo capítulo. Pero el SUS puede ser aún mucho más: puede ser capaz de integrar un proyecto civilizatorio que tenga la lucha y la esperanza como motores. No la esperanza de quien cruza los brazos y espera, como advertía el gran educador nordestino Paulo Freire, sino aquella esperanza de la cual él fue maestro al enseñarnos con su testimonio: “me muevo en la esperanza, mientras lucho y si lucho con esperanza, espero”.

Capítulo 5

Avances y desafíos del Sistema Único de Salud

Luego de 20 años de que el proyecto de la Reforma Sanitaria Brasileña fuera incorporado a la Constitución de la República Federativa de Brasil, aún es difícil indicar, en términos absolutos, qué principios y directrices han sido efectivamente cumplidos. En una publicación del Consejo Nacional de Secretarios de Salud (CONASS), la entidad enumeró avances a celebrar y desafíos a superar. Entre estos destacó la universalización, el financiamiento, el modelo institucional, el modelo de atención, la gestión del trabajo y la participación social.

Sin embargo, más que un balance entre conquistas e *impasses*, o triunfalismos y derrotismos, lo que importa es retomar el hilo de la historia para que la Reforma Sanitaria no se transforme en una promesa no cumplida por las fuerzas políticas que apostaron a la democracia y a un nuevo proyecto de sociedad para Brasil.

La Reforma Sanitaria Brasileña no se restringía a una reforma solo del sector salud. El SUS, como uno de los componentes centrales de este proyecto de reforma social, se englobaba en un conjunto de principios y directrices fundamentales para la democratización de la salud, de la sociedad, del poder público y de la cultura. En el presente, podríamos afirmar que se dieron pasos importantes en las últimas décadas en cuanto a la participación social y la universalidad. Ya con relación a la equidad y a la integralidad los pasos fueron más tímidos.

Avances del Sistema Único de Salud

Es posible reconocer que la Ley 8142/90 aseguró canales para la participación social institucionalizada en conferencias y consejos de salud que hicieron que el SUS sea objeto de estudio de organizaciones internacionales, investigadores extranjeros y publicaciones. Constatamos, al mismo tiempo, un retroceso de los movimientos sociales en el área de salud y la existencia de

obstáculos para la efectivización de una ciudadanía plena, comprometiendo la calidad de esa participación en términos de representatividad y legitimidad, incluso con la invasión y colonización de esos espacios por intereses partidarios y corporativos.

Ya no existen barreras formales para asegurar los servicios de salud para todos y la universalidad se expande más allá de la retórica. Permanecen, no obstante, grandes dificultades en el acceso y en la continuidad de la atención debido a problemas vinculados con la organización de los servicios (ausencia de una red regionalizada y jerarquizada, deficiencias en la regulación y en los mecanismos de referencia y contrarreferencia, entre otros) y, principalmente, con la cuestión del financiamiento aún no resuelta, sobre todo en lo referente a las inversiones para la expansión de la infraestructura del sistema público de salud.

La *equidad* fue incorporada como principio del SUS a partir de normas operacionales y se corresponde con la directriz del uso de la epidemiología en la planificación, conforme establece la Ley 8080/90. Sin embargo, al ser asumida por el discurso de los organismos internacionales como oposición a la universalidad o como etapa para alcanzar esta última, tiende a representar una justificación para la implementación de programas focalizados tan solo en los pobres (“SUS para pobres”). El Programa de Salud Familiar expresa esas contradicciones pues ha ampliado el acceso a la atención básica y debería reorientar las derivaciones hacia los demás puntos de la red, racionalizando el consumo de servicios y ganando en escala. Pero cuando presenta una baja cobertura en ciudades con más de 100.000 habitantes y se concentra en los bolsones de pobreza, termina reproduciendo, en nombre de la equidad, lo contrario a la universalidad, o sea, la focalización.

En el caso de la *integralidad*, es el principio más descuidado en el ámbito del SUS. A inicios de la década de 1990 la preocupación se limitaba a algunos centros académicos y experiencias municipales, puesto que el énfasis político se concentraba en cuestiones de financiamiento y descentralización. Solo con la expansión del PSF y su reorientación política a partir de la segunda mitad de la década de 1990 fue posible enfatizar propuestas como la territorialización, la vigilancia de la salud, la receptividad, el vínculo, entre otras, retomando la discusión de la integralidad planteada por la Reforma Sanitaria.

Si consideramos las cinco grandes áreas de un sistema de servicios de salud (infraestructura, financiamiento, organización, gestión y prestación de servicios), podríamos admitir avances en todas ellas. Incluso frente al financiamiento, reconocido como una de las mayores trabas para el desarrollo del SUS, no es posible ignorar que solo en el ámbito federal, los recursos, en términos absolutos, se cuadruplicaron entre el inicio de la década pasada hasta

la actualidad: de alrededor de 12 mil millones a aproximadamente 48 mil millones de reales.

Está claro que son insuficientes para un sistema que pretende ser universal e integral, frente a una población que pasa por una transición demográfica, con cambios significativos en el perfil epidemiológico y con una expectativa de consumo de servicios médicos posiblemente equivalente a la de los países ricos.

Actualmente el SUS está implementado en todos los estados y organizado en todos los municipios brasileños que disponen de secretarías y consejos municipales de salud. Por lo tanto, uno de los mayores avances del SUS reside en la obra de *gestión descentralizada* hacia los estados y municipios en un país que tiene una dimensión continental, con más de 5.500 municipios, grandes desigualdades regionales y sociales, y con una compleja y específica federación.

No obstante, debemos recordar que el SUS es un sistema en construcción y para ellos no bastan las leyes, las normas y ciertos logros. Exige numerosas luchas y movilizaciones políticas. En la presente década se realizaron avances indiscutibles como la formulación de la Política Nacional de Salud Bucal, la implementación del programa Brasil Sonriente y la Reforma Psiquiátrica, la ampliación el Programa de Salud Familiar a través del Proyecto de Expansión y Consolidación de la Salud Familiar (PROESF), que logró llegar a la mitad de la población brasileña e instaló la atención prehospitalaria de urgencias y emergencias a través del Servicio de Atención Móvil de Urgencias (SAMU).

La difusión de una mayor concientización sobre el *derecho a la salud* en la población, aun reconociendo la distancia entre su formalización jurídica y la garantía concreta, podría considerarse como otro avance, capaz de propiciar nuevas luchas e iniciativas que refuercen el proceso de la Reforma Sanitaria Brasileña.

Desafíos del Sistema Único de Salud

En lo que respecta a la prestación de servicios de salud, el SUS presenta ciertos obstáculos que han impedido una atención oportuna e integral a las personas. Así, el 95% de los establecimientos de apoyo diagnóstico y tratamiento son privados y, de estos, solo el 35% presta servicios al SUS. Para que los usuarios tengan acceso a los servicios especializados y exámenes complementarios, el SUS depende al extremo del sector privado en los niveles secundario y terciario (media y alta complejidad). Los prestadores de servicios, aunque se interesen por los contratos, acreditaciones o convenios con el SUS, muchas veces discriminan a sus pacientes, tanto al dificultar el acceso

dando prioridad a los consumidores de planes de salud privados en la asignación de turnos para consultas o exámenes, como al imponer una puerta de entrada distinta con pocas comodidades, para no mezclar a los usuarios del SUS con los clientes particulares y de los “planes de salud”.

De este modo, el SUS es rehén del sector privado, a pesar de su potencial de regulación. Parte de esta situación puede ser explicada por el subfinanciamiento público de la salud para costearlo y, especialmente, en lo que atañe a las inversiones que resultan necesarias para la expansión de la propia red federal, de los estados y municipios. Tal situación tiene como resultado la insatisfacción de los ciudadanos, las denuncias de los medios de comunicación y, más recientemente, la llamada “judicialización de la salud”: los ciudadanos van a buscar en el Ministerio Público y en el de Justicia una vía para la atención de aquello que consideran que forma parte de su derecho a la salud.

En cuanto a los mayores problemas, además de los obstáculos del financiamiento, de la infraestructura limitada y de la cuestión no resuelta de los recursos humanos, hay una organización deficiente entre la atención básica y las denominadas media y alta complejidad. La baja efectividad alcanzada hasta el momento por la atención básica lleva a una sobrecarga en los demás niveles del sistema, generando tensión entre estos, lo que promueve la persistencia de los mecanismos de selectividad e inequidad social. Por otra parte, el crecimiento desordenado de los “planes de salud”, consolida la segmentación del sistema y la doble puerta de entrada con escasa regulación.

Debemos, aun, destacar la cuestión de los profesionales y trabajadores de la salud en el SUS. En estas dos décadas realizamos un gran esfuerzo para calificar a los llamados recursos humanos, incluso con iniciativas innovadoras tales como: el Proyecto de Profesionalización de los Trabajadores del Área de Enfermería (Profae); reformas curriculares en 500 instituciones a través del Programa Nacional de Reorientación de la Formación Profesional Pro-Salud 1 (Medicina, Enfermería y Odontología) y Pro-Salud 2 (todas las profesiones de salud); el Programa de Educación Tutorial en Salud, que da apoyo a más de 5 mil docentes, profesionales de salud familiar y estudiantes; 52 mil especializaciones en salud familiar y 110 mil en gestión; el Programa Telesalud como apoyo a los equipos de salud familiar.

No obstante, avanzamos poco en la gestión del trabajo y, especialmente, en la implementación de carreras para el personal del SUS. Cabe recordar que el SUS es producto de personas, y de personas que cuidan a otras personas que deben ser tratadas como personas. Y no ha sido de esta forma cuidadosa que las áreas económicas y los ministerios y secretarías sistémicos de los gobiernos han tratado a los que trabajan en el SUS. Mientras la cuestión de las personas que trabajan en el SUS —y el hecho de que es allí donde se

realizan como sujeto— no sea problematizada no se producirán milagros en la gestión, en la gerencia y en la prestación de servicios.

Finalmente, cabe destacar los *impasses* derivados de una gestión y gerencia enlazada a los intereses partidarios donde la salud de las personas se transforma en objeto de clientelismos y moneda de intercambio político, comprometiendo la legitimidad del SUS ante la opinión pública, la profesionalización de la gestión y la continuidad y la eficiencia administrativas. Una Ley de Responsabilidad Fiscal⁵, que compromete la expansión de un sistema cuya naturaleza es el trabajo intensivo, se torna socialmente irresponsable. Por otro lado, un conjunto de ataduras burocráticas que, bajo el pretexto de combatir la corrupción, inmoviliza a la administración, perjudica el flujo de insumos vitales para el cuidado de las personas y trata la complejidad de los sistemas de salud como si fuese un sector que compra lápices y papel, no puede ser ignorado siendo uno de los grandes responsables de la poca resolutivez y baja calidad de los servicios del SUS.

La Constitución establece que la salud es derecho de todos y deber del Estado, pero en ningún momento condena al SUS a ser rehén de la *administración directa*. Nuevas institucionalidades pueden ser concebidas e investigadas en el ámbito de la *administración indirecta* que, además de garantizar mayor efectividad y calidad de los servicios prestados, faciliten un “blindaje” contra el predominio de intereses político-partidarios y corporativos en la gestión del sistema y en la gerencia de los programas y servicios.

La Reforma Sanitaria como reforma social

Desde el *Informe Final* de la 8ª Conferencia Nacional de Salud y la Ley Orgánica de Salud se destaca que la salud depende de la forma en que la sociedad organiza su economía, es decir, su modo de producción. Aunque la dimensión económica no sea la única a ser considerada en la salud, no es posible tergiversar los principales determinantes sociales de la salud. El SUS es apenas la dimensión institucional y sectorial de una *reforma social* más amplia, o sea, la Reforma Sanitaria Brasileña. Aunque el SUS pueda absorber ciertos problemas vinculados al modo de vida de la población es prácticamente imposible ser eficiente y efectivo en una sociedad con los niveles de

⁵ La Ley de Responsabilidad Fiscal prohíbe a los municipios gastar más del 54% de su recaudación en personal, y si el municipio llega al 54%, la ley le impide contratar nuevos trabajadores.

desigualdad, pobreza y violencia como la nuestra. De allí la pertinencia de que revisitemos la Reforma Sanitaria y amplíemos sus bases sociales y políticas en el sentido de radicalizar la democracia y luchar por los cambios prometidos en su proyecto.

En esa perspectiva, retomar la movilización en pro del desarrollo de una *conciencia sanitaria* en la población y entre los trabajadores del SUS nos parece impostergable. Informar, comunicar, educar, concientizar, movilizar, organizar y presionar son verbos que connotan acciones fundamentales para la defensa del SUS y el avance de la Reforma Sanitaria. De allí la pertinencia de apostar a la información y comunicación en Salud.

Los instrumentos de información y comunicación constituyen una vía de doble mano. Por un lado, tenemos a los responsables del sistema de salud —gestores, coordinadores de programas, profesionales de la salud, entre otros—, que deben proveer información para que la población pueda: 1) ampliar sus conocimientos sobre la salud y aumentar la autonomía de decisión en cuanto a su vida; orientarse en cuanto a los procedimientos a tomar, en caso de enfermedades, accidentes y demás agravios a la salud; 3) orientarse, igualmente, con relación a las medidas de prevención, para evitar el surgimiento de enfermedades y de situaciones de riesgo para su salud y para la salud de sus familiares y amigos; 4) sentirse estimulado a participar en la construcción y funcionamiento del SUS, integrando consejos de salud, órganos de gestión colegiada de unidades de salud y de conducción de programas y actividades de los servicios de salud. Por otro lado, tenemos la manifestación de la población, a través del encaminamiento de sus demandas que pueden ser: reclamos, sugerencias, reivindicaciones y elogios (Ministério da Saúde, 2009, p. 189).

Diversas instituciones y servicios del SUS han creado *defensorías* para captar, procesar, sistematizar y responder a las manifestaciones de la población. Al mismo tiempo, la organización de páginas o sitios en Internet y la divulgación de información por radio, televisión, carteles, letreros publicitarios, periódicos y revistas permiten cierta apropiación de un saber para el fortalecimiento de la conciencia sanitaria. El cuidado y la transparencia con que los dirigentes y técnicos brasileños condujeron la cuestión de la pandemia de la influenza A (H1N1) en 2009 puede ser un indicativo de la maduración en la comunicación en salud y de la democracia en el SUS.

Es de esa interacción entre las comunidades y los responsables de los sistemas, servicios y actividades de salud que pueden ser generadas condiciones para la mejora del SUS y, en consecuencia, de la calidad

de vida de las poblaciones, llevando a que los individuos asuman mayores responsabilidades sobre sus vidas y destinos. (Ministério da Saúde, 2009, p. 189)

Esta apuesta a la autonomía y a la emancipación de los sujetos representa uno de los pilares más avanzados de la *Política Nacional de Promoción de la Salud* que tiende a sustentar el proceso de la Reforma Sanitaria Brasileña.

Repudiando lo inaceptable

Durante el año 2008, las secretarías de salud, los centros académicos y las revistas especializadas promovieron debates, reflexiones y artículos para conmemorar los 20 años del SUS. La referencia cronológica, por lo tanto, corresponde a la promulgación de la Constitución de 1988 que consagra el derecho a la salud.

Después de luchar todos estos años en pro de la Reforma Sanitaria Brasileña por la concretización del SUS, el Centro Brasileño de Estudios de Salud puede criticarlo sin que quepa la menor duda de que haya cambiado de posición o esté haciéndole el juego a sus adversarios. Como propulsor del SUS hace treinta años y preservando su autonomía ante gobiernos y partidos puede situarse, radicalmente, en defensa del pueblo brasileño, como lo hizo al producir recientemente el documento *Veinte años del SUS: celebrar lo conquistado, repudiar lo inaceptable*. A pesar de reconocer conquistas importantes del SUS, considera inaceptable la persistencia de problemas para los cuales conocemos las soluciones y tendríamos las condiciones para ponerlas en práctica. De este modo, un conjunto de situaciones son consideradas inaceptables:

- Que aún no exista una fuente estable para el financiamiento del SUS.
- Que se mantengan las condiciones precarias de atención en los servicios del SUS.
- Que los servicios del SUS aún no funcionen como una red integrada, con una puerta de entrada única, depositando en el usuario la responsabilidad de buscar, por su propia cuenta, los servicios que necesita.
- Que la población no tenga aún acceso seguro y regular a los medicamentos.
- Que los servicios del SUS aún no garanticen a las mujeres embarazadas la referencia segura de dónde van a dar a luz.
- Que se mantengan discriminaciones de clase social, género, orienta-

ción sexual y raza en los servicios del SUS.

- Que los servicios y los profesionales de la salud continúen maltratando a las mujeres que abortaron, con negligencia en la atención, enjuiciamiento moral, denuncias y otras formas de violación de derechos.
- Que los servicios desautorizados por la vigilancia sanitaria continúen funcionando.
- Que se mantenga la doble puerta de entrada en los hospitales públicos y contratados.
- Que los profesionales de salud sean desvalorizados y tengan condiciones laborales y salariales degradantes.
- Que los profesionales usen la precariedad de las condiciones de trabajo como justificación para ausentarse y no cumplir los horarios.
- Que el SUS continúe siendo usado como moneda política.
- Que aún no existan mecanismos legales de responsabilización de los gobiernos y gestores por los servicios no cumplidos.

No son cuestiones técnicas ni falta de tecnologías y de conocimientos lo que impide la superación inmediata de estos problemas, muchos de los cuales son previos al SUS, aunque no por eso justificables. Al final, la Reforma Sanitaria y el SUS, al defender la democratización de la salud, apuntaban a la pertinencia de una participación social amplia en la construcción de un sistema de salud digno para todos los brasileños. Si los ciudadanos y grupos organizados de la población no se movilizan lo suficiente para reclamar lo que está asegurado en la Constitución y en las leyes del país, las políticas económicas restrictivas y los acuerdos políticos particularistas tienden a prevalecer por sobre la salud y la vida.

Al considerar al SUS como un proyecto nacional, solidario, justo y, por sobre todo, posible, el CEBES ya no esconde su indignación cuando declara: “La sociedad brasileña invirtió trabajo y esperanzas en la construcción de un SUS para todos. Es inaceptable que los gobiernos y gestores, los representantes del Estado responsables del SUS, dejen de cumplir sus directrices elementales. No podemos esconder o justificar más las tragedias cotidianas que afligen a la población y que pueden ser resueltas ya” (CEBES, 2008).

La sustentabilidad del Sistema Único de Salud

No viene al caso que discutamos aquí cómo enfrentar las tragedias cotidianas. Solo debemos señalar que son cuestiones políticas, especialmente ligadas a la gestión y al financiamiento del SUS, las que precisan ser más debatidas por

la opinión pública para que los gestores y los políticos reconozcan la presión legítima de los que exigen respeto a la dignidad humana.

Por lo tanto, el SUS no es más un recién nacido de bajo peso, una criatura desnutrida, ni un adolescente ambivalente. Alcanzó la mayoría de edad, es un adulto joven con toda una vida por delante. Necesita construir su futuro, explorando caminos para su *sustentabilidad* —económica, política, científico-tecnológica e institucional—, y conquistando una autonomía relativa frente al Estado y los gobiernos, pero reiterando su naturaleza pública y su carácter republicano.

La *sustentabilidad económica* requiere de un financiamiento estable con responsabilidades bien definidas entre las tres esferas de gobierno. A pesar de la Enmienda Constitucional N°29 (EC-29), varios gobiernos maquillaron los presupuestos incluyendo actividades que no constituían acciones y servicios de salud, como el pago de jubilados, obras de saneamiento, material escolar, entre otros. La reglamentación de la EC-29 aún transita en el Congreso Nacional y, con la extinción de la contribución provisoria sobre movimientos financieros y el actual proyecto de Reforma Tributaria del gobierno, el financiamiento del SUS continúa siendo amenazado. Y no bastan los recursos para el costeo, es decir, para el funcionamiento de los servicios existentes. Considerando tantos vacíos asistenciales en el país es imperioso un plan de inversiones para asegurar la expansión de la infraestructura de los servicios de salud. La relación público-privado debe ser revisada, incluso en lo que concierne a la ampliación del gasto público para que este sea proporcionalmente mayor que el privado. En la búsqueda de la sustentabilidad económica, el SUS precisa enfrentar la inestabilidad y la insuficiencia del financiamiento, como también la falta de inversiones en la red pública. De este modo podrá responder a los problemas de la distribución desigual de los recursos y de la infraestructura, así como del acceso insuficiente y de la calidad insatisfactoria.

La *sustentabilidad política* supone la ampliación de las bases sociales y políticas de la Reforma Sanitaria Brasileña y del SUS. El *Pacto en Defensa del SUS* establecido en 2006 como integrante del *Pacto por la Salud* apunta a las siguientes medidas:

- Retomar el movimiento de la Reforma Sanitaria Brasileña, identificando los desafíos actuales del SUS.
- Ampliar las oportunidades políticas para las iniciativas en defensa de los principios centrales de la Salud como integrante del Sistema de Seguridad Social y de la consolidación del SUS universal, humanizado y de calidad.
- Fortalecer las relaciones del gobierno con los movimientos sociales.

- Ampliar la discusión con la sociedad, asumiendo la ciudadanía y el derecho a la salud como estrategia de movilización social.

En este sentido, la *Carta de los Derechos de los Usuarios de la Salud* podría ser uno de los caminos para un diálogo constructivo entre los gestores y trabajadores del SUS y la sociedad brasileña, en la medida en que su cumplimiento podría facilitar el compromiso de los ciudadanos en la defensa del SUS, aunque la sustentabilidad política necesita de esfuerzos más amplios de participación social y articulación política, profundizando la democracia y radicalizando el proceso de la Reforma Sanitaria Brasileña. La profesionalización de la gestión, con el establecimiento de carrera pública digna para los trabajadores de la salud que hacen el SUS en el cotidiano, a su vez, delimitará los problemas relacionados con la ineficiencia en la gestión de los recursos, la baja efectividad de las intervenciones y la desatención a los ciudadanos. En este proceso podrán obtenerse nuevos apoyos sociales.

La *sustentabilidad científico-tecnológica* implica ampliar la producción de conocimientos mediante investigaciones, desarrollo tecnológico e innovaciones, haciendo que el país sea menos dependiente con relación a los insumos necesarios para el funcionamiento del SUS. La regulación y la participación estatal en el complejo industrial de la salud constituyen medidas relevantes en la construcción de esa autonomía, además del apoyo al desarrollo de programas de investigaciones como, por ejemplo, el reciente Programa de Investigación del SUS (PP-SUS).

La *sustentabilidad institucional* exige la protección del SUS con relación a las turbulencias político-partidarias que comprometen la gestión, especialmente en el ámbito de la administración directa. La drástica reducción de cargos de confianza, utilizados como moneda de intercambio en la política, y la ocupación de cargos de dirección y de asesoramiento por profesionales calificados pertenecientes a carreras del SUS a tiempo completo y con dedicación exclusiva, ciertamente son caminos que fortalecen el sostenimiento del SUS. La búsqueda de nuevas institucionalidades, como por ejemplo autarquías especiales, fundaciones estatales de derecho privado, empresas públicas, entre otras, podrá favorecer la continuidad administrativa, preservando el carácter público y garantizando el control social del SUS.

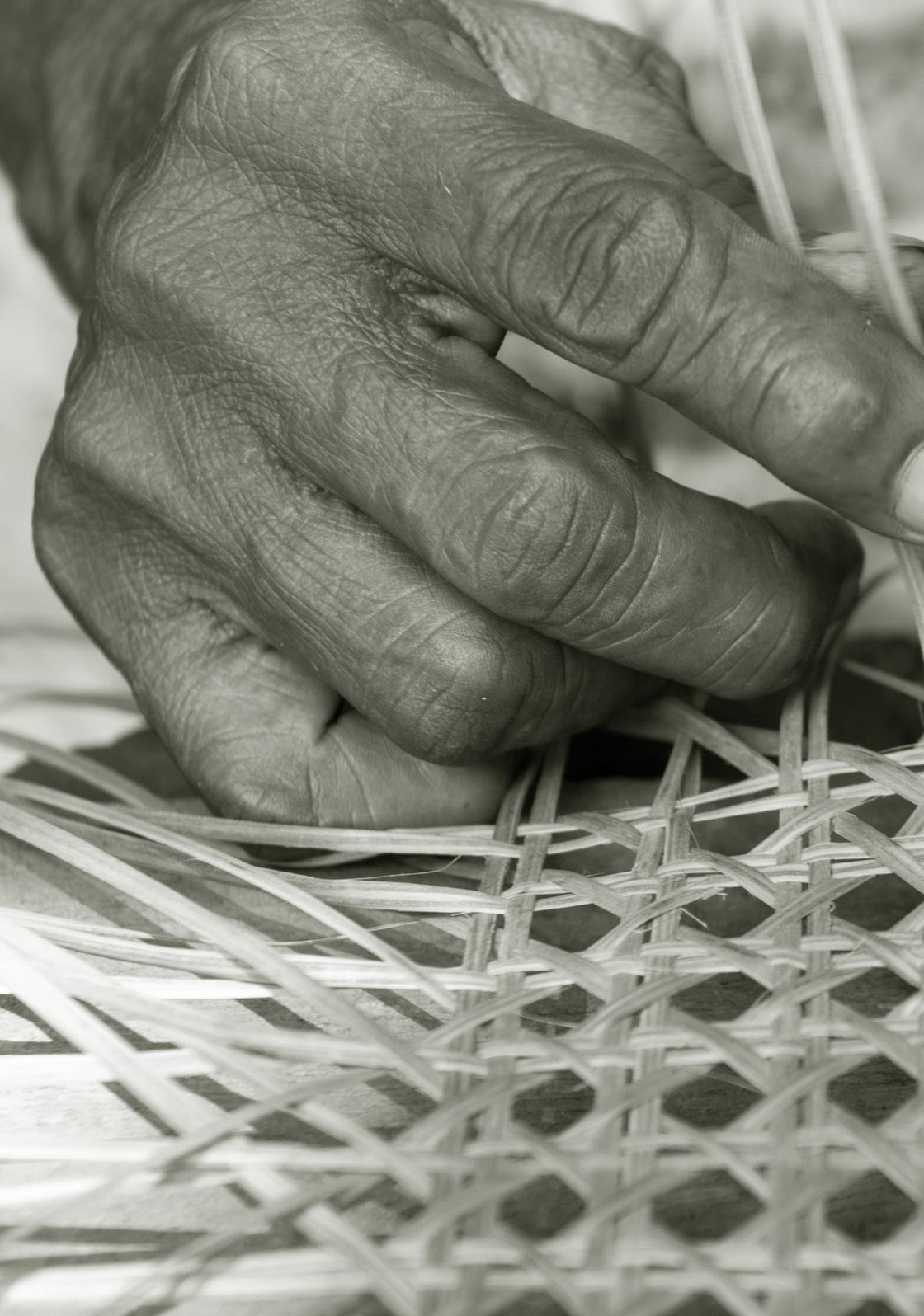
Así, la conquista de una sustentabilidad permitirá alcanzar una nueva institucionalidad para el SUS que le permita consolidar su naturaleza pública, aunque no necesariamente estatal. Tal vez, así, deje de ser rehén de las maniobras de la política partidaria, del clientelismo y del corporativismo.

Consideraciones finales

A lo largo de este libro tuvimos la posibilidad de visitar, críticamente, la historia del SUS como parte de la Reforma Sanitaria Brasileña. Sin dejar de considerar el carácter inconcluso de esa reforma social que dio origen al Sistema Único de Salud podemos concluir, como el CEBES, que “el SUS es más que un sistema de salud. Forma parte del pacto social presente en la Constitución de 1988, que apunta a la construcción de una sociedad democrática y solidaria” (CEBES, 2008).

Luego de rever los dispositivos legales que contribuyen al sostenimiento jurídico-político del SUS, así como los problemas, las conquistas y los desafíos de este nuevo sistema de salud, pudimos verificar cuáles son sus aliados y sus oponentes. En la medida en que discutimos posibles tendencias del sistema de salud en Brasil y ciertas expectativas de la población en lo referente a la salud, podemos afirmar que el SUS representa una gran apuesta para la garantía del derecho a la salud para las ciudadanas y ciudadanos de este inmenso país. Para finalizar este trabajo, cabe recordar la advertencia del *Fórum de la Reforma Sanitaria Brasileña* en el año de 2007:

Creemos que es hora de superar el discurso “ufanista” en defensa del SUS y reconocer que solo podrá mejorar ganando el apoyo de la población, cuando los antiguos y nuevos líderes del Movimiento Sanitario, en la sociedad y en el gobierno, se solidaricen con el/la ciudadano/a, con necesidades y demandas en el cotidiano de sus vidas, e iniciar el consecuente proceso de transformación orientado por dos principios: a) intransigencia y combate a todas las formas de inequidades; b) centralidad de el/la ciudadano/a en el cuidado y atención al/a la usuario/a del SUS. [...] Al afirmar el carácter civilizatorio de la Reforma Sanitaria estamos entendiendo que, por medio de este proceso de transformación de la sociedad y del Estado brasileño, seremos capaces de alcanzar un nivel civilizatorio en el cual las relaciones sociales y las políticas sean regidas por el primado de la justicia social. (Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, 2007)



Referencias bibliográficas

- Berlinguer, G. (1987). *Medicina e política*. São Paulo: Hucitec.
- CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. (2008). *20 anos do SUS – Celebrar o conquistado, repudiar o inaceitável*. Rio de Janeiro: CEBES. Disponible en: <https://tinyurl.com/y6furupr>.
- CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2003a). *Legislação do SUS*. Brasília: CONASS. Disponible en: <https://tinyurl.com/pv23zkeu>.
- CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2003b). *A saúde na opinião dos brasileiros*. Brasília: CONASS. Disponible en: <https://tinyurl.com/ymt7thtj>
- CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2003c). *Para entender a gestão do SUS*. Brasília: CONASS. Disponible en: <https://tinyurl.com/226zbydy>.
- COSEMS - Conselho de Secretarias Municipais de Saúde. (2015). *Diálogo temático: Gestão financeira do SUS*. Rio Grande do Norte: Conselho de Secretarias Municipais de Saúde. Disponible en: <https://tinyurl.com/2whb5ezk>.
- Fórum da Reforma Sanitária Brasileira. (2007). O controle social é uma questão estratégica. En: 13a Conferência Nacional de Saúde, *A participação da sociedade na efetivação do direito humano a saúde*.
- Machado, R.; Loureiro, A.; Luz, R. & Muricy, K. (1978). *Danção da norma: Medicina Social e constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal.
- Ministério da Saúde. (2009). *O SUS de A a Z*. [3ra ed.]. Brasília: Ministério da Saúde. Disponible en: <https://tinyurl.com/bddjsxav>.
- Ministério da Saúde. (2006). *Entendendo o SUS*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponible en: <https://tinyurl.com/mtbk2fwx>.
- Ministério da Saúde. (2004a). *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponible en: <https://tinyurl.com/bdz8hrp8>.
- Ministério da Saúde. (2004b). *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Disponible en: <https://tinyurl.com/3jautue8>.
- Ministério da Saúde. (2002). *Emenda 29: Mais dinheiro e estabilidade para Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponible en: <https://tinyurl.com/4z8efkfp>
- Lima, N. T.; Gershman, S. & Edler, F. C. (org.). (2005). *Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Piola, S. F. (org.). (2001). *Tendências do sistema de saúde brasileiro*. Estudo delphi. Brasília: IPFA.
- Singer, P.; Campos, O. (1978). *Prevenir e curar. O controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Szwarcwald, C. L.; Viacava, F.; (ed.). (2005). World Health Survey in Brazil, 2003. Pesquisa Mundial de Saúde no Brasil, 2003. *Cadernos de Saúde Pública*, (21)1.

Lecturas sugeridas

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2006). *SUS: avanços e desafios*. Brasília: CONASS.

Ministério da Saúde (1987). Relatório Final da 8ª Conferencia Nacional de Saúde em *Anais da 8ª Conferencia Nacional de Saúde* (pp. 381-389). Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (2007). *Dialogando sobre o Pacto pela Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (2012a). Apresentação [Internet]. Mais. Saúde: direito de todos [citado 12 ago 2012]. Disponible en: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/pacsauade/index.php>

Ministério da Saúde (2012b). *Diretrizes Estratégicas* [Internet]. *Mais Saúde: direito de todos* [citado 12 ago 2012]. Disponible en: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/pacsauade/diretrizes.php>

Ministério da Saúde (2012c). *Pilares* [Internet]. *Mais Saúde: direito de todos* [citado 12 ago 2012]. Disponible en: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/pacsauade/estrutural.php>

Ministério da Saúde (2012d). *Portal da Saúde* [Internet]. 2012 [citado 12 ago 2012]. Disponible en: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/>

Campos, G. W. (2007). Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciencia & Saúde Coletiva*, 12(2), pp. 301-306.

Cebes (1980). A questão democrática na área de Saúde. *Saúde Debate*, (9), pp. 11-13.

Cebes (2005). SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. *Saúde Debate*, 29(31), pp. 385-396.

Cebes. 20 Anos do SUS. (2009). *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, jan/abr

Faleiros, V. P. et al. (2006). *A construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde.

Fleury, S.; Babia, L. & Amarante, P. (organizadores). (2007). *Saúde em Debate: fundamentos da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: CEBES.

Giovanella, L.; Escorel, S.; Lobato, L. V. C.; Noronha, J. C. & Carvalho, A. I. (org.) (2008). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Matta, G. C. & Lima, J. C. F. (2008). *Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde. Contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Mendes, E. V. (2001). *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade.

Paim, J. S. (2008). *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Vasconcelos, C. M. & Pasche, D. E (2006). O Sistema Único de Saúde, en Campos, G. W. E. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. Sao Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Vilasbóas, A. L. Q. & Teixeira, C. E. (2007). Saúde da família e vigilancia em Saúde: Em busca da integração das práticas. *Revista Brasileira Saúde da Família*, n. 16, pp. 63-67, 2007.

COLECCIÓN CUADERNOS DEL ISCO
(Continuación)

24. *El líder sin estado mayor: la oficina del gobernante*

Carlos Matus, 2022

23. *Saber en salud: La construcción del conocimiento*

Mario Testa, 2022

22. *Sentir, jugar, hacer pensar: la acción en el campo de la salud*

Hugo Spinelli, 2022

21. *Salud: cartografía del trabajo vivo*

Emerson Elias Merhy, 2021

20. *Vida de sanitarista*

Mario Hamilton, 2021

19. *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*

Luis David Castiel, Carlos Álvarez-Dardet, 2021

18. *Método Altadir de planificación popular*

Carlos Matus, 2021

17. *Teoría del juego social*

Carlos Matus, 2021

16. *Estado sin ciudadanos: seguridad social en América Latina*

Sonia Fleury, 2021

15. *Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI*

Jairnilson Silva Paim, 2021

14. *Gestión en salud: en defensa de la vida*

Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

13. *Método Paideia: análisis y cogestión de colectivos*

Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

12. *Adiós, señor presidente*

Carlos Matus, 2020

11. *Pensar en salud*

Matio Testa, 2020

10. *La salud mental en China*

Gregorio Bermann, 2020

9. *Salud en cárceles: Informe de auditoría de la situación sanitaria en el Servicio Penitenciario Bonaerense, 2013-2014*

Instituto de Salud Colectiva, 2020

8. *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*

Patrizia Quattrocchi, Natalia Magnone (comp.), 2020

7. *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*

Eduardo L. Menéndez, 2020

6. *Geopolítica del hambre: Ensayo sobre los problemas de la alimentación y la población del mundo*
Josué de Castro, 2019

5. *Medicina del trabajo al servicio de los trabajadores*
Instituto de Medicina del Trabajo, 2019

4. *Gobernantes y gestores: las capacidades de gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones*

Hugo Spinelli, Jorge Arakaki, Leonardo Federico, 2019

3. *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología*
Marcelo Luis Urquía, 2019

2. *El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XX*
Lilia Blima Schraiber, 2019

1. *Política sanitaria argentina*
Ramón Carrillo, 2018

El propósito de este libro es aclarar qué es, qué no es, qué hace, qué debe hacer y qué puede hacer el Sistema Único de Salud (SUS). De este modo, busca recuperar parte de su historia, los dispositivos legales, los problemas enfrentados, las conquistas alcanzadas, los impasses presentes y los desafíos actuales y futuros. En la medida de lo posible, intenta dirigirse a los beneficiarios del SUS, a los que luchan y trabajan para mejorarlo, así como a aquellos que están en contra, sea por desinformación, ideología o intereses. Además, tiene como objetivo describir ciertas expectativas de la población con relación a la salud y discutir posibles tendencias del sistema de salud en Brasil.

Conocer el significado de las palabras que componen la sigla SUS no es suficiente para comprender qué representa esta propuesta en la vida de los brasileños. Pero este libro no es un diccionario ni un glosario que se preocupe por las palabras. No pretende ser un boletín oficial, que destaque solo los logros del SUS. No se constituye tampoco en una obra académica dirigida a estudiosos e investigadores. Su mayor intención es reunir información a la que, en principio, todo brasileño debería tener acceso para defender su derecho a la salud. Pero se espera que pueda tener cierta utilidad, también, para los trabajadores de la salud, líderes sindicales y de asociaciones barriales, consejeros de salud, técnicos, agentes comunitarios y participantes de ONG que destinan su trabajo y militancia a la causa de la salud.

Jairnilson Silva Paim